



Inspection générale
des affaires sociales

Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS

RAPPORT

Établi par

Emilie FAUCHIER-MAGNAN

Véronique WALLON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Août 2018 -
- N°2018- 041R-

SYNTHESE

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients. Elles doivent aussi permettre d'améliorer l'exercice des professionnels de santé de ville : médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes ou encore orthoptistes, qu'ils exercent en libéral, sous statut salarié en dehors de l'hôpital, ou sous un statut mixte (libéral et hospitalier).

Deux exemples¹ pratiques illustrent cette définition.

Une CPTS peut mobiliser à l'échelle d'une communauté de communes une cinquantaine de professionnels de santé, qui se réunissent régulièrement pour garantir la prise en charge des soins non programmés sur leur territoire, planifier des actions de dépistage et de vaccination, innover avec un projet de télémédecine dans l'EHPAD local et renforcer l'attractivité du territoire pour les jeunes professionnels.

Dans un autre territoire, environ cent trente professionnels s'organisent en communauté pour mieux prendre en charge les personnes âgées et prévenir les hospitalisations, développer les relations ville-hôpital, s'accorder sur l'usage d'outils numériques pour échanger des données sur leurs patients et garantir l'accès à un médecin traitant pour l'ensemble des patients du territoire.

Les CPTS ont été créées pour transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations. Une telle transformation est nécessaire et urgente :

- pour permettre le maintien ou le retour à domicile et les soins en ambulatoire, plutôt qu'à l'hôpital ou en établissement ;
- pour adapter la prise en charge médicale au développement du caractère chronique de nombreuses pathologies, dans un système de santé conçu pour traiter des épisodes de soins aigus et spécialisés ;
- pour retrouver du temps médical au sein de l'exercice ambulatoire, et de l'attractivité pour la profession de médecin de ville.

Aujourd'hui, la clé de cette transformation, équivalente à celle du milieu du XX^{ème} siècle qui a révolutionné l'hôpital, repose sur la capacité de la médecine de ville à prendre en charge de manière organisée patients et populations. Des évolutions sont déjà engagées avec l'extension de l'exercice en cabinet de groupe et le développement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) par rapport à l'exercice libéral en cabinet isolé, de moins en moins attractif pour les jeunes médecins. Mais elles concernent encore un nombre de professionnels trop réduit, et leur rythme est insuffisant pour répondre à l'urgence de la transformation.

¹ Il s'agit d'exemples fictifs mais inspirés des communautés, existantes ou en projet rencontrées par la mission.

Il s'agit donc de basculer vers un exercice médical différent, avec une forme nouvelle d'exercice coordonné de la médecine de ville, juridiquement moins intégrée que les centres de santé ou les MSP, et respectant les équilibres historiques entre médecine libérale et médecine salariée. Pour les patients, elle doit, en respectant leur libre choix, constituer une garantie d'accès aux soins, de fluidité de leur parcours, et de prise en compte par les professionnels de santé de missions actuellement insuffisamment développées, telles le dépistage ou l'éducation thérapeutique.

Depuis la création des CPTS par la loi en janvier 2016, le soutien public à leur émergence a été très modeste. La loi ne prévoit pas de texte d'application, et aucun texte n'a encadré ou soutenu le développement des CPTS, à l'exception d'une instruction peu précise et peu incitative en décembre 2016. Les Agences régionales de santé (ARS), à quelques exceptions près, se sont peu saisies du sujet et n'ont pas organisé de politiques actives de soutien à l'émergence des CPTS. Le soutien financier à l'exercice en CPTS est resté très modeste, que ce soit au niveau national (levier conventionnel) ou régional (fonds d'intervention régional). Le développement des CPTS a donc été très largement laissé à l'initiative des acteurs de terrain. Dans ce contexte, les deux cents projets recensés peuvent être considérés comme témoignant d'une réelle mobilisation des professionnels de santé.

La mission a identifié cinq facteurs de mobilisation réussie des professionnels de santé sur un territoire pour un projet de communauté :

- d'abord, un intérêt à agir pour la résolution pragmatique de problèmes au service de la population (démographie médicale, organisation des soins non programmés, sujets de santé publique,...),
- un diagnostic fondé sur une approche populationnelle et une analyse du territoire,
- l'impulsion et l'accompagnement d'une logique interprofessionnelle forte,
- le portage de l'initiative par des professionnels de santé ambulatoire,
- l'identification d'un porteur de projet rapidement soutenu et accompagné.

Après plus de deux ans d'émergence de projets à l'initiative des acteurs de terrain, la mission propose une stratégie de déploiement des CPTS en trois volets.

1/ L'ambition et le cadre général de l'exercice en CPTS seraient fixés au niveau national et réglementaire.

Les CPTS devraient répondre à quatre grands impératifs :

- l'élaboration d'un projet de santé fondé sur une analyse de la population du territoire,
- une composition et un fonctionnement interprofessionnels,
- l'utilisation des outils « socles » de la coordination (dossier médical partagé, messagerie sécurisée notamment),
- la garantie progressive et cadencée d'un certain nombre d'attendus, exprimée dans le cadre du contrat avec l'ARS. Une liste de ces attendus (tels que la continuité des soins, la prévention et l'éducation thérapeutique, la mise en place de délégations de tâches, etc.) serait ainsi définie.

En miroir de ces exigences, plusieurs éléments de souplesse seraient préservés : la maille territoriale de la communauté, son organisation, et sa gouvernance. Au-delà des questions de réalisme opérationnel, la mission considère que l'adhésion et le volontariat doivent rester au cœur du déploiement des CPTS. En particulier, les professionnels de santé de ville doivent rester libres et responsables des modalités de partenariat avec les établissements hospitaliers, en fonction du contexte territorial et des priorités du projet de santé.

2/Le déploiement des CPTS devrait être fondé sur un accompagnement très incitatif sous la responsabilité des ARS, et sur une évaluation permanente.

L'expérience des régions actuellement les plus avancées montre que les ARS sont beaucoup plus efficaces lorsqu'elles parviennent à s'appuyer sur les représentants des professionnels de santé, au travers des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), dans une configuration interprofessionnelle. Le recrutement de chargés de mission, la communication par les pairs, la conception de cartographies sont autant de bonnes pratiques recensées dans ces régions.

Par ailleurs, les rôles et les interventions respectives de l'ARS et de l'Assurance maladie vis-à-vis des professionnels de santé doivent être clarifiés, avec une meilleure reconnaissance des forces et des complémentarités des deux réseaux. La posture des services de l'État devrait être celle d'un soutien exigeant et encourageant aux porteurs de projet, et d'une logique de pragmatisme.

Enfin, l'évaluation continue de cette politique publique devrait être organisée au niveau national et régional dès que les décisions de cadrage seront prises, et fondée sur un nombre limité d'indicateurs, y compris des indicateurs de résultats portant sur le recours à l'hôpital (tels le recours aux services d'urgence ou les durées d'hospitalisation). L'évaluation par les patients devra également être organisée et ses résultats pris en compte.

3/ La mission a identifié les leviers clés du développement des CPTS.

Un plan ambitieux d'accompagnement des professionnels médicaux par la formation continue devrait soutenir cette stratégie de transformation de l'exercice médical. Le Développement professionnel continu (DPC) pourrait en être l'instrument pour les professionnels en exercice, en inscrivant les actions de transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins sur la liste triennale des priorités de l'Agence nationale du DPC et en développant les formations interprofessionnelles.

S'agissant du financement des CPTS, la mission propose que le Fonds d'intervention régional (FIR) reste mobilisé pour la phase de conception du projet, jusqu'à la contractualisation avec l'ARS. L'organisation du financement de la CPTS postérieurement à cette contractualisation serait définie par un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI), négocié en 2019, pour une mise en œuvre dès 2020. L'ACI pourrait définir le cadre d'une modulation territoriale, mise en œuvre au niveau régional par l'ARS et l'Assurance maladie. Un intéressement collectif aux résultats de la CPTS serait également introduit, en s'inspirant des pratiques de certains systèmes étrangers.

Dans la phase transitoire, notamment avant la mise en application de l'ACI, le fonds de transformation du système de santé dont le Premier Ministre et la Ministre des solidarités et de la santé ont annoncé la création en février 2018 pourrait contribuer au financement des CPTS, en complément du FIR.

Enfin, la mission propose que l'État, en coopération avec l'Assurance maladie, outille les CPTS :

- en établissant des « profils-types de CPTS » : plusieurs profils-types pourraient être identifiés, pour chaque nature de territoire (rural, semi-rural et péri-urbain, urbain dense), la mission ayant constaté la pertinence de cette typologie ;
- en mobilisant le programme e-parcours (130 millions d'euros pour la période 2017-2021) pour l'équipement et l'accompagnement à l'usage des outils numériques des CPTS. Le choix des outils serait laissé à la main des professionnels de santé dès lors que ces outils seraient compatibles avec les outils socles de coordination (DMP, MMS, etc.) ;
- en déployant des outils collaboratifs pour organiser un processus collectif transversal d'animation et d'apprentissage au profit du réseau des CPTS.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPORT	9
1 LE CONTEXTE DE LA CREATION DES CPTS.....	10
1.1 La réponse aux grands enjeux du système de santé repose de manière croissante sur les professionnels de santé de ville	10
1.1.1 S'adapter à la transition épidémiologique : développement des maladies chroniques et vieillissement de la population.....	10
1.1.2 Réussir le virage ambulatoire.....	11
1.1.3 Promouvoir l'égal accès à la santé.....	12
1.1.4 Retrouver du temps médical.....	13
1.2 A la différence de plusieurs pays comparables, l'accès aux soins de ville n'est historiquement pas collectivement organisé en France	14
1.2.1 Les soins ambulatoires sont globalement organisés selon trois modèles-types	14
1.2.2 Le système français de soins ambulatoires est non hiérarchisé et peu organisé	15
1.3 La France s'inscrit dans la tendance internationale d'une pratique plus collective des professionnels de santé en ville	15
1.3.1 Les expériences étrangères témoignent de la construction très progressive du travail en équipe interprofessionnelle.....	15
1.3.2 L'exercice regroupé progresse nettement en France, mais reste essentiellement mono-professionnel.....	17
1.3.3 D'autres mesures ont cherché à favoriser la coordination des soins.....	19
2 LE BILAN DES CPTS APRES DEUX ANS SOULIGNE LA MOBILISATION DES PROFESSIONNELS MALGRE UN SOUTIEN PUBLIC QUI RESTE A ORGANISER.....	23
2.1 La loi formule l'objectif des CPTS de manière large et générique et leur rôle dans la coordination n'est pas organisé	23
2.1.1 Les dispositions de la loi du 26 janvier 2016 ne permettent pas d'identifier et de valoriser les CPTS dans l'ensemble des coordinations	23
2.1.2 L'articulation entre CPTS et PTA est mal comprise.....	24
2.2 La liberté laissée par la loi a favorisé l'émergence d'une grande variété de projets	26
2.2.1 Environ 200 projets de CPTS sont recensés par les ARS.....	26
2.2.2 Les CPTS diffèrent sensiblement selon la taille et la nature du territoire	28
2.2.3 L'histoire du territoire détermine l'ambition des projets de CPTS.....	31

2.2.4	Les professionnels recherchent des organisations aussi légères que possible pour les CPTS	33
2.3	Le déploiement des CPTS n'est globalement pas organisé	34
2.3.1	Le pilotage national des CPTS est peu stimulant, à l'inverse de celui des PTA	34
2.3.2	L'accompagnement régional est généralement modeste et peu structuré	36
2.4	Le soutien financier de l'exercice coordonné en CPTS est très modeste	38
2.4.1	Le financement des CPTS par le FIR reste extrêmement modeste (de l'ordre de 500 000€ en 2017)	38
2.4.2	Depuis 2017, l'Assurance maladie incite financièrement les professionnels de santé à adhérer à une CPTS	39
2.5	Jusqu'à une période récente, les systèmes d'information se sont développés sans vision d'ensemble de l'outillage nécessaire à l'exercice coordonné	40
2.5.1	Le déploiement et l'usage des « outils socles » nationaux sont très progressifs	40
2.5.2	Les professionnels développent localement des systèmes d'information sans disposer d'un cadre de cohérence	41
2.5.3	Le programme e-parcours devrait être réorienté et permettre d'outiller les CPTS	43
3	PROPOSITION D'UNE STRATEGIE DE DEPLOIEMENT	45
3.1	Fixer une ambition et un cadre pour réunir les conditions de réussite des CPTS	45
3.1.1	S'appuyer sur les enseignements des deux années d'émergence de projets	45
3.1.2	Fixer au niveau national et réglementaire l'ambition et le cadre général de l'exercice en CPTS	47
3.2	Fonder le déploiement sur l'accompagnement et l'évaluation permanente	54
3.2.1	Organiser un accompagnement rapproché des professionnels de santé	54
3.2.2	Evaluer le déploiement des CPTS en continu, au niveau national comme au niveau local	56
3.3	Leviers clés du développement des CPTS	57
3.3.1	Développer la formation interprofessionnelle	57
3.3.2	Financer les CPTS pour inciter à leur déploiement et favoriser leur pérennité	59
3.3.3	Outiller les CPTS	62
	CONCLUSION	65
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	67
	LETTRE DE MISSION	69
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	71
	ANNEXE : TYPOLOGIE	81
	SIGLES UTILISES	83
	BIBLIOGRAPHIE	85

RAPPORT

La Ministre des solidarités et de la santé a saisi l'Igas le 21 mars 2018 d'une mission de définition d'une stratégie de déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), en appui à la Directrice générale de l'offre de soins. La Cheffe de l'Igas a désigné Emilie FAUCHIER-MAGNAN et Véronique WALLON pour conduire cette mission.

Il a été demandé à la mission :

- d'établir 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 ;
- de proposer les éléments d'une stratégie de déploiement des CPTS dans la perspective de la pérennité de leur financement, en s'inscrivant dans les grands axes de la stratégie nationale de santé ;
- d'examiner également les conditions dans lesquelles les CPTS pourraient, par leur composition et leurs partenariats, intégrer les conditions d'une meilleure coordination des prises en charge entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

La mission a consulté les acteurs institutionnels au niveau national : administration, organisations professionnelles, fédérations hospitalières, représentants du secteur médico-social (cf. liste des personnes rencontrées à la fin du rapport). Elle a rencontré dans trois régions les Agences régionales de santé (ARS), les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), de façon interprofessionnelle, et des professionnels de santé membres de CPTS. Elle a aussi interrogé l'ensemble des ARS par le biais d'un questionnaire. Enfin, la mission s'est appuyée sur de nombreuses ressources documentaires et s'est livrée à une « revue de littérature » de manière à éclairer sa réflexion de références universitaires et internationales.

Ce rapport concerne spécifiquement les professionnels de santé exerçant en ambulatoire. La France compte près de deux millions de professionnels de santé en 2015 (contre 1,4 million en 2000)². Ces professionnels exercent soit « en ambulatoire » (on dit aussi « en ville »), soit à l'hôpital, soit les deux à la fois. L'exercice ambulatoire recouvre à la fois l'exercice libéral, l'exercice salarié en dehors de l'hôpital (en centre de santé, ou dans des structures comme les services de la Protection maternelle et infantile - PMI), et l'exercice mixte (libéral et hospitalier).

La mission n'a pas pu retracer leur nombre, les données disponibles distinguant les professionnels par leur statut (libéral ou mixte d'une part, salarié d'autre part), et non selon le mode d'exercice (ville ou hôpital). Pour donner un ordre de grandeur, en retenant le champ de l'exercice libéral et mixte, et sans prétendre à l'exhaustivité³, on compte 130 000 médecins, 37 000 chirurgiens-dentistes, 5 500 sages-femmes, 32 000 pharmaciens, 110 000 infirmiers, 66 000 masseurs-kinésithérapeutes, 19 000 orthophonistes, 13 000 pédicures-podologue, 9 000 opticiens-lunetiers et 3 000 orthoptistes.

Le rapport présente dans une première partie les éléments de contexte de la création des CPTS par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et dans une deuxième partie le bilan de deux ans d'émergence de projets de CPTS. Dans une troisième partie, la mission propose les éléments d'une stratégie de déploiement des CPTS.

² Données DREES 2015.

³ En particulier, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les audioprothésistes, les diététiciens ne sont pas dénombrés ici.

1 LE CONTEXTE DE LA CREATION DES CPTS

1.1 La réponse aux grands enjeux du système de santé repose de manière croissante sur les professionnels de santé de ville

En France comme à l'étranger, l'organisation des professionnels de santé de ville est aujourd'hui l'une des clés de la réponse aux défis posés à notre système de santé.

1.1.1 S'adapter à la transition épidémiologique : développement des maladies chroniques et vieillissement de la population

L'extension des maladies chroniques et des poly-pathologies est une composante de la transition épidémiologique⁴ que traversent la plupart des pays comparables au nôtre depuis les années cinquante, avec notamment le passage de maladies aiguës et mortelles à brève échéance à la prédominance d'états chroniques plus ou moins handicapants. Conjugée au vieillissement de la population (lui-même en partie lié aux progrès médicaux et à l'évolution des techniques sanitaires), et à l'évolution plus récente des modes de vie (sédentarité, alimentation), cette évolution a pour conséquence un développement constant des pathologies chroniques : on estime à vingt millions le nombre actuel de personnes atteintes d'au moins une pathologie chronique⁵. Les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques ou encore les maladies psychiatriques sont ainsi en croissance importante (entre 2 et 5 % par an selon les pathologies)⁶.

Cette évolution nécessite une transformation de l'organisation du système de premier recours, conçu actuellement pour répondre ponctuellement à la demande des patients souffrant de pathologies aiguës, vers un système plus proactif et continu, en mesure par exemple de contacter les patients pour s'assurer du suivi de leur plan de soins, et de les accompagner par l'éducation thérapeutique dans la prise en charge de leur maladie (observance médicamenteuse, mode de vie, respect du parcours de soins, etc.). L'enjeu est donc le développement par les professionnels de santé de nouvelles fonctions au service de la population, afin d'améliorer la qualité des soins dispensés en les adaptant à ses besoins.

Ce changement de paradigme dans l'organisation du système de soins a été théorisé dans les pays anglo-saxons, sous la forme du « chronic care model ». Selon ce modèle, la prise en charge des patients chroniques s'organise autour de composantes interdépendantes, telles l'éducation thérapeutique, l'organisation en équipe des professionnels de santé, la planification des soins à partir de protocoles formalisés, un système informatisé, la possibilité pour les « producteurs de soins » de mobiliser des ressources « communautaires » (structures d'éducation thérapeutique, groupes de malades, etc.) et la valorisation de la qualité de la prise en charge⁷.

⁴ L'Ined définit la transition épidémiologique comme « une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents ».

⁵ Source : « Rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2018 », Assurance maladie, 2017.

⁶ Source : « Stratégie nationale de santé : contribution du Haut conseil à la santé publique », données CNAM 2017.

⁷ Source : Pierre-Louis Bras, « Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis », Pratiques et Organisation des Soins 2011/1 (Vol. 42), p. 27-34.

1.1.2 Réussir le virage ambulatoire

Le « virage ambulatoire » est également une problématique liée en grande partie à la transition épidémiologique et commune à de nombreux pays, après soixante ans de modernisation et de professionnalisation, donc de spécialisation et de développement technique des activités hospitalières. Il désigne le fait de traiter en exercice ambulatoire des situations actuellement prises en charge en milieu hospitalier, ce qui est adapté à l'évolution épidémiologique qui vient d'être rappelée. Le virage ambulatoire est rendu possible par les progrès techniques (notamment la miniaturisation) et les technologies de l'information qui permettent de réduire et souvent d'éviter des séjours hospitaliers.

Le virage ambulatoire présente un enjeu particulièrement fort en France. Les ordonnances de décembre 1958 puis les réformes hospitalières qui leur ont succédé ont créé puis promu un système hospitalier⁸ capable d'offrir à tous les assurés sociaux des soins de qualité dans n'importe quel point du territoire français. Ce faisant ils ont conféré à l'hôpital une place centrale dans l'organisation du système de soins. Mais l'absence de réelle graduation des soins, l'attractivité croissante de l'hôpital progressivement modernisé, tout comme l'orientation de la formation des professionnels de santé privilégiant l'hôpital ont entretenu une dynamique souvent désignée par le vocable d'hospitalo-centrisme. Celle-ci est aujourd'hui inadaptée.

Deux dysfonctionnements illustrent particulièrement cette situation :

- l'exercice ambulatoire a progressivement laissé les services hospitaliers d'urgence prendre en charge une partie des soins non programmés.

Le récent rapport de Thomas Mesnier sur les soins non programmés⁹ rappelle que les services hospitaliers d'urgence prennent en charge une part importante de soins non programmés ne relevant pas de leur mission. Cet usage inapproprié est générateur d'inadéquations dans la prise en charge des malades et de coûts inutiles pour le système. D'après la dernière enquête de la DREES, environ 40 % des passages aux urgences hospitalières auraient pu être pris en charge en ambulatoire. Au-delà de l'organisation de la médecine de ville pour assurer ces soins non programmés et garantir la continuité des soins, il semble clair que l'information du public soit également un levier essentiel pour permettre le report de cette demande de soins vers la médecine de ville¹⁰.

- les interventions des différents professionnels de santé en ville, à l'hôpital, en établissement médico-social demeurent segmentées, ce qui fait généralement reposer la gestion des parcours sur les patients et leurs familles.

⁸ C'est-à-dire un ensemble d'établissements de santé coordonnés par l'État.

⁹ « Assurer le premier accès aux soins- organiser les soins non programmés dans les territoires », rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, 2018.

¹⁰ Le rapport Charges et produits 2018 de l'Assurance maladie montre ainsi que l'augmentation des passages en urgences ne s'explique pas principalement par le vieillissement de la population, mais par une augmentation globale du recours qui touche de la même façon toutes les catégories d'âge. L'organisation des soins de ville et de la permanence des soins ambulatoires n'apparaît pas clairement comme un facteur de croissance de l'activité des urgences. En revanche, la précarité des populations comme l'évolution des habitudes de consommation de soins ont un impact sur le recours aux urgences.

Ce cloisonnement excessif n'est pas propre à la France. Ainsi, en Grande-Bretagne, les médecins généralistes britanniques souffrent d'un manque de communication avec et entre les différents spécialistes (qui exercent principalement dans les hôpitaux), et avec les services de *care* (médico-social) de ville¹¹. Mais il est particulièrement accentué dans notre pays.

Ce partage de l'exercice médical entre la ville et l'hôpital atteint aujourd'hui ses limites, autant pour la qualité des soins que pour l'efficacité et l'efficience du système. Il doit donc être révisé, notamment en recentrant, chaque fois que c'est possible, les séjours hospitaliers sur les épisodes pathologiques aigus et les phases techniques des prises en charge.

Mais cette évolution nécessite que la médecine ambulatoire soit en capacité de sécuriser le maintien ou le retour rapide à domicile des personnes, ce qui exige un fonctionnement interprofessionnel et l'organisation de synergies avec l'ensemble des acteurs du domicile, tels l'hospitalisation à domicile (HAD), les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou encore les structures de soins palliatifs.

Elle nécessite également une meilleure articulation avec « l'aval » de l'hôpital, notamment les établissements médico-sociaux.

1.1.3 Promouvoir l'égal accès à la santé

Les inégalités d'accès aux soins constituent un enjeu majeur. Elles sont d'une part d'ordre géographique. Une étude récente de la DREES suggère que les disparités d'accès au médecin généraliste ne sont pas liées à des disparités régionales, mais à des différences marquées selon le type d'espace. Ce sont dans les communes rurales des périphéries des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles que la part de la population ayant l'accessibilité la plus faible aux médecins généralistes est la plus grande¹².

D'autre part, ces inégalités sont d'ordre social (personnes en situation de précarité, personnes handicapées¹³, personnes souffrant de troubles psychiques, populations étrangères ne maîtrisant pas la langue française, détenus, etc.).

En outre, l'accès à la santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), c'est-à-dire un « état de complet bien-être physique, mental et social » va bien au-delà de l'accès au système de soins. Cette vision élargie de la santé intègre les comportements individuels et l'environnement socioculturel, économique et physique comme des déterminants de santé. De ce point de vue, la politique de prévention et de promotion de la santé, qui repose largement sur les professionnels de santé en ville, y compris les services de PMI, les services de santé scolaire et les services de santé au travail, reste peu développée et peu organisée en France¹⁴.

¹¹ Dans une étude « Making time in general practices » publiée en 2015 dans le cadre de l'application du « Five year forward view du NHS England », il est estimé que 4,5 % du temps de travail des généralistes pourrait être dégagés si les intéressés ne devaient pas constamment réorganiser des RDV à l'hôpital (avec les spécialistes) ou partir en quête des résultats des analyses, le plus souvent effectuées à l'hôpital.

Source : rapport Igas sur la simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations, 2017-154R, annexe Contribution des conseillers sociaux.

¹² « 10 000 médecins de plus depuis 2012 » Etudes et résultats n°1061, mai 2018, DREES- les zones sous-denses sont caractérisées par un indicateur d'accessibilité potentielle localisée inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant.

¹³ Le rapport « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France » publié par l'IRDES en 2015 (n°560) témoigne des difficultés d'accès aux soins dentaires, gynécologiques et ophtalmologiques pour les personnes en situation de handicap.

¹⁴ Seules 2 % des dépenses de santé sont dédiées en France à la prévention, contre 2,8 % en moyenne dans l'OCDE.

Enfin, l'accès à la santé suppose une prise en compte accrue des besoins des patients, qui aspirent à des parcours de soins plus individualisés, et une participation renforcée des usagers, initiée par la loi du 4 mars 2002 reconnaissant les droits des malades. Le dernier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)¹⁵ considère ainsi que « dans un système où le patient a une grande liberté de choix, l'inclusion réelle des usagers et des patients aux processus de prévention, de soins et de suppléance est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours, des performances et de la qualité de notre système de santé ».

1.1.4 Retrouver du temps médical

Le sujet est d'abord démographique : si le nombre global de professionnels de santé est en hausse importante et continue (+43 % entre 2000 et 2015), la démographie des médecins est nettement moins favorable, en raison de la faiblesse du nombre de médecins formés jusqu'en 1998¹⁶. Le nombre de médecins généralistes stagne depuis 2012, alors que les effectifs des autres spécialités ont progressé de 7,8 % sur la période. Selon la DREES qui a projeté la démographie médicale jusqu'en 2040¹⁷, les effectifs de médecins devraient encore diminuer jusqu'en 2021, avant de repartir à la hausse ensuite, pour atteindre 270 000 médecins en 2040 soit 23 % de plus qu'en 2014. Le constat est encore accentué si l'on considère la densité médicale (le nombre de médecins par habitant) qui, en raison de l'augmentation de la population, devrait atteindre en 2022 son point bas à 3,1 médecins par habitant, soit le même taux qu'en 2002.

Cette projection contraste avec le dynamisme d'autres professions de santé, telles les infirmiers, pour lesquels la DREES estime que les effectifs d'infirmiers devraient croître de plus de 50 %¹⁸ entre 2014 et 2040, ou encore les masseurs-kinésithérapeutes, dont la hausse est estimée à près de 60 % d'ici à 2040¹⁹.

Mais par ailleurs, le mode d'exercice des médecins évolue : 63 % des nouveaux médecins sont salariés (contre 43 % des médecins en exercice), et deux tiers de ceux qui commencent leur activité en tant que libéraux ou en ayant un exercice mixte travaillent comme remplaçants. Les visites à domicile sont en nette diminution depuis une dizaine d'années, passant de 14 % de l'activité des médecins généralistes en 2005 à 10 % en 2013. Si le souhait de la jeune génération d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et d'une activité plus diversifiée et plus décloisonnée est maintenant bien identifié, les études tendent à montrer des temps de travail toujours importants²⁰.

¹⁵ « Contribution à la transformation du système de santé », Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Rapport 2018.

¹⁶ Le *numerus clausus* a atteint un minimum de 3500 dans les années quatre-vingt-dix, il est actuellement de 8200.

¹⁷ Ces projections se basent sur l'hypothèse tendancielle et ne prennent pas en compte les médecins de plus de 70 ans dans l'offre de soins.

¹⁸ Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier (DREES), 2018, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », Études et Résultats, n°1061, Drees, mai 2018.

¹⁹ « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », Etudes et résultats n°1075, juillet 2018.

²⁰ Les dernières données disponibles, qui remontent à 2011, font état d'une relative stabilité du temps de travail des médecins généralistes, qui déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine, en comptant toutes leurs activités professionnelles. Source : « Panorama des professionnels de santé », DREES, 2016.

S'ajoutent à ces facteurs quantitatifs une utilisation non optimale voire parfois inadéquate du temps médical. Une partie importante de ce temps est absorbée par des activités extérieures à l'exercice soignant, notamment des activités de nature administrative ou logistique. Une autre partie est consacrée à des activités soignantes mais qui pourraient être confiées à d'autres professionnels de santé, notamment les infirmiers, mais également les pharmaciens, souvent les mieux placés par exemple pour veiller à la bonne observance des traitements par les patients, mais qui ne disposent pas des informations utiles pour le faire.

Au total les facteurs démographiques, sociétaux et fonctionnels se cumulent pour réduire le « vrai temps médical » au service direct du patient, dont la disponibilité va cependant être nécessaire compte tenu de la tendance rappelée en 1.1.1.

1.2 A la différence de plusieurs pays comparables, l'accès aux soins de ville n'est historiquement pas collectivement organisé en France

1.2.1 Les soins ambulatoires sont globalement organisés selon trois modèles-types

A partir d'une comparaison internationale de 2009, l'IRDES distingue trois systèmes d'organisation de soins primaires décrits dans l'encadré ci-dessous : un modèle normatif hiérarchisé, un modèle professionnel hiérarchisé, et un modèle professionnel non hiérarchisé.

Encadré 1 : Trois modèles-type historiques d'organisation des soins primaires

1. Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/ Catalogne, Finlande, Suède)

Les pays ayant adopté ce modèle sont décentralisés et ont organisé des systèmes nationaux de santé, le financement des soins reposant majoritairement sur les impôts. Les centres de santé à statut public constituent généralement l'organisation de base des soins primaires. Ils comprennent des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux. Les coopérations interprofessionnelles y sont fortement développées, avec notamment un rôle important des infirmiers. Les médecins spécialistes exercent principalement à l'hôpital.

2. Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)

Dans ces pays, les soins primaires sont assimilés à la médecine générale. Les médecins généralistes exercent pour la plupart en groupe, et les médecins spécialistes en majorité à l'hôpital sous statut salarié.

La fonction de *gate-keeping* attribuée aux médecins généralistes (rôle de régulateur de l'accès aux soins spécialisés) a constitué un principe organisateur des soins primaires. Ce rôle a évolué vers des fonctions de prévention et de coordination des soins dans une logique populationnelle, en lien avec le regroupement des médecins au sein de cabinets associant plusieurs professionnels de santé. Ces derniers ont vu leur responsabilité économique renforcée.

L'enregistrement de la population auprès des médecins généralistes permet une mixité des modes de rémunération et de contractualisation, qui comprennent des mécanismes de paiement à la performance et le soutien financier au développement de la pratique en équipes.

3. Un modèle professionnel non hiérarchisé : les acteurs à l'initiative de l'organisation des soins primaires (Allemagne, Canada)

Ces systèmes ont en commun la coexistence d'un système de financement collectif des dépenses de santé et d'une offre de soins privée. Ils sont caractérisés par l'existence d'une offre de soins spécialisés en ambulatoire avec un accès direct possible pour les patients, parfois assorti d'une pénalité financière, une pratique solo dominante de la médecine générale, une coexistence de modes contrastés d'organisation des

soins primaires avec majoritairement une médecine libérale payée à l'acte et des centres de santé, minoritaires, orientés vers des populations défavorisées.

Ce modèle est caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, mais également par l'absence d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires, notamment au regard du secteur hospitalier. Dans ces pays, les tentatives de structuration des soins primaires restent à l'état d'expérimentation avec des difficultés à mettre les soins primaires au cœur du système de soins.

Source : Extraits de « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé* n°141, IRDES, avril 2009

1.2.2 Le système français de soins ambulatoires est non hiérarchisé et peu organisé

L'organisation des soins ambulatoires en France est historiquement largement déterminée par les principes de la charte de la médecine libérale de 1927²¹. Les professionnels libéraux, qui regroupent à la fois des médecins généralistes et spécialistes, représentent la majorité des professionnels de santé. Cette activité libérale majoritaire coexiste toutefois avec d'autres services et structures de soins ambulatoires (centres de santé, services de soins infirmiers à domicile, PMI, hospitalisation à domicile, médecine scolaire, centres d'exams de santé des caisses de sécurité sociale, médecine du travail, organisations de type SOS médecins,...).

D'après l'IRDES, les soins ambulatoires français sont organisés selon différents niveaux, ils sont faiblement hiérarchisés, et inégalement répartis sur le territoire. La coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille et, d'autre part, sur les modalités d'entente, souvent informelles, entre les différents professionnels (confiance, formation commune initiale, conventions plus ou moins explicites).

Le système français de soins ambulatoires relève donc historiquement d'un modèle professionnel non hiérarchisé dans lequel la structuration est faible (cf. *supra* encadré n°1).

Les dernières réformes tendent cependant à rapprocher l'organisation des soins primaires des autres modèles. La réforme du médecin traitant et du parcours de soins de 2004 s'inspire par exemple du modèle de « gate-keeper ».

1.3 La France s'inscrit dans la tendance internationale d'une pratique plus collective des professionnels de santé en ville

1.3.1 Les expériences étrangères témoignent de la construction très progressive du travail en équipe interprofessionnelle

D'après l'IRDES²², une des évolutions marquantes dans la plupart des pays semblables au nôtre est le développement d'une pratique plus collective des professionnels de santé, soit sous la forme de cabinets de groupe ou de centres de santé, soit dans le cadre de regroupements en réseau à un échelon plus large et pour des activités limitées (formation, négociation, démarche d'assurance qualité).

²¹ Les principes de la charte de 1927 sont le libre choix du médecin par le patient, le respect absolu du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le paiement direct par l'assuré, la liberté thérapeutique et de prescription et la liberté d'installation.

²² Yann Bourgueil et al. « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français », *Santé Publique* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 27-38.

Des centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires se sont développés dans la plupart des pays. A titre d'exemple, aux Etats-Unis, les Patient centered medical home (PCMH) sont fondés sur le travail en équipe sous l'autorité du médecin et sur l'utilisation intensive des technologies de la communication et de l'information²³ ; en Allemagne, les Medizinisches Versorgung Zentrum (MVZ) représentent le nouveau modèle de centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires de petite taille²⁴.

Les expériences étrangères soulignent que les regroupements et les dynamiques interprofessionnelles se mettent en place de manière graduelle (au Royaume-Uni avec les Primary Care Trust, au Québec dans les Centres locaux de services communautaires – CLSC - et les Groupements de médecins de famille - GMF). Les réticences que peut susciter la collaboration interprofessionnelle, auprès des professionnels voire des patients, sont progressivement surmontées à l'épreuve de la pratique, pour devenir un élément moteur de la pratique des professionnels.

Au Québec²⁵, c'est en réaction à l'implantation de CLSC dans les années 1970 que les médecins généralistes ont investi la pratique de groupe. Les GMF sont des organisations comptant dix à douze médecins, deux infirmières, une adjointe administrative et un personnel de secrétariat. L'intégration des infirmières dans les GMF a été difficile et lente. La méconnaissance de leurs rôles, de leurs tâches et de leurs conditions de travail a parfois été la source de relations conflictuelles. Les patients avaient aussi au départ des réticences à rencontrer une infirmière pour leur suivi. Progressivement, les médecins ont confié davantage de responsabilités aux infirmières, et la collaboration interprofessionnelle est devenue un élément moteur des GMF.

Enfin, les politiques favorisant le regroupement sont accompagnées de mesures complémentaires :

- évolution de la rémunération traditionnelle pour inciter économiquement à la pratique de groupe : remplacement partiel du paiement à l'acte par la rémunération à la capitation, ou introduction du paiement à la performance (par exemple, au Royaume-Uni, une partie de la rémunération du cabinet de groupe est liée à des critères tels le taux de dépistage ou de vaccination de la population inscrite) ;
- évolution du conventionnement : parallèlement au « conventionnement national », développement de contrats collectifs entre l'autorité locale de santé et les groupes de médecins ;
- inscription volontaire des patients auprès d'un médecin généraliste exerçant en groupe, et évolution d'une logique de délivrance des soins à une patientèle vers une logique de prise en charge d'une population ;
- incitation au développement de coopérations entre médecins généralistes et infirmières en détachant dans les cabinets de groupe du personnel infirmier ;
- développement de programmes de *disease management* centrés sur des maladies chroniques (plutôt dans les systèmes assurantiels, tels ceux des Etats-Unis ou d'Australie).

²³ Source : Pierre-Louis Bras, « Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis », Pratiques et Organisation des Soins 2011/1 (Vol. 42), p. 27-34.

²⁴ Claire Imbaud et al., « Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren », Santé Publique 2016/5 (Vol. 28), p. 555-568.

²⁵ Source : Anne Gauthier, Yvon Brunelle, « Comment naît une « équipe » de soins ? Le cas des premiers Groupes de médecine de famille au Québec », Santé Publique 2009/hs1 (Vol. 21), p. 39-47.

1.3.2 L'exercice regroupé progresse nettement en France, mais reste essentiellement mono-professionnel

La France connaît aussi un développement des regroupements de professionnels de santé de ville, avec deux dynamiques distinctes : celle de l'exercice en cabinet de groupe mono-professionnel, désormais majoritaire par rapport aux cabinets isolés pour un certain nombre de professions, et celle des maisons de santé pluri professionnelles (MSP).

1.3.2.1 L'exercice en groupe progresse, mais il reste essentiellement mono-professionnel

L'exercice de groupe progresse depuis le début des années 2000²⁶ pour les professions où l'exercice libéral est fortement représenté : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou encore orthophonistes (cf. graphique ci-après). Les jeunes générations de professionnels de santé, particulièrement les jeunes médecins le privilégient : les deux tiers des généralistes de moins de 40 ans exercent sous cette forme, contre moins de la moitié de leurs confrères de 60 ans ou plus.

Graphique 1 : Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société)



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 Adeli et le RPPS.

Champ > Ensemble des professionnels actifs libéraux exerçant en cabinet (isolé ou de groupe) ou sous forme de société, au 1^{er} janvier, France entière.

Sources > DREES, Adeli 2001, Adeli 2015, RPPS 2015.

L'exercice en groupe présente plusieurs avantages pour les professionnels²⁷ :

- une mise en commun de moyens qui contribue à simplifier leurs relations avec l'administration²⁸ : 76 % des médecins généralistes qui exercent en groupe disposent d'un secrétariat, contre 1/3 de ceux qui exercent seuls ;
- une plus grande souplesse en matière de conditions de travail et de disponibilité ;
- une place plus importante dégagée pour la formation et l'encadrement des étudiants ;
- une utilisation plus fréquente des outils numériques.

²⁶ Panorama des professionnels de santé publié par la DREES en 2016, *ibid*, et plus particulièrement la fiche n°4 « L'exercice ambulatoire des professionnels de santé ».

²⁷ « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux », Questions économiques en santé N°157, septembre 2010, IRDES.

²⁸ « Simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations », Charles de BATZ, Christian DUBOSQ, IGAS, juin 2018.

Cependant, en France, l'exercice de groupe reste très majoritairement mono-professionnel et de petite taille : les trois quarts des médecins en groupe exercent dans des cabinets médicaux de 2 ou 3 médecins²⁹.

1.3.2.2 L'exercice regroupé pluri professionnel progresse également mais reste très minoritaire

Les professionnels de santé se regroupent de manière interprofessionnelle selon deux statuts :

- le statut salarié en centre de santé polyvalent : 2200 médecins et 11 000 auxiliaires médicaux sont salariés de 400 centres de santé polyvalents, essentiellement en zone urbaine dense³⁰ ;
- le statut libéral dans le cadre des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) : le développement de cette formule est soutenu depuis plusieurs années par les pouvoirs publics, et répond au souhait d'exercice coordonné de nombreux jeunes professionnels. Près de 20 000 professionnels de santé³¹ exercent dans un millier de MSP environ en 2018 (contre 235 en 2012).

Au total, l'exercice regroupé pluri professionnel concerne moins de 10 % des médecins généralistes, et environ 8 % des professionnels paramédicaux.

La première évaluation de l'exercice regroupé pluri professionnel³² met en évidence des gains en matière de productivité et de dépenses, d'autant plus importants que les structures sont intégrées, c'est-à-dire que les professionnels de santé mettent en commun des moyens, coopèrent de manière effective entre eux, et partagent de l'information.

Par ailleurs, au-delà des structures pluri professionnelles, certaines expérimentations ont cherché à favoriser le travail en équipe interprofessionnelle, notamment en binôme médecin - infirmier, à l'image du Québec ou du Royaume-Uni.

En France, le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) a permis l'expérimentation de délégations d'actes ou d'activités, comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques, de médecins généralistes vers des infirmiers. Créé en 2004 à l'initiative de professionnels libéraux, il est apprécié des professionnels et de leurs patients et cet écho a sans doute contribué à faire progresser les esprits puisque 60 % des médecins se déclarent désormais favorables aux délégations de tâches à des infirmiers, dans l'hypothèse où celui-ci est financé par l'Assurance maladie³³. Néanmoins il concerne un nombre de professionnels croissant mais encore très modeste (583 ETP d'infirmiers à mi 2018).

²⁹ « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux », *ibid.*

³⁰ Historiquement, les centres de santé sont issus du modèle des dispensaires du XIX^e siècle et le plus souvent situés en zone urbaine dense plutôt défavorisée. Ils ont l'obligation de pratiquer le tiers payant et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires (article L6323-1-7 du code de la santé publique). Seule une minorité (20 %) des centres de santé est pluri professionnelle, la grande majorité des centres de santé étant des centres dentaires et infirmiers.

³¹ Dont 4000 médecins, 8500 auxiliaires médicaux, 850 pharmaciens et 600 chirurgiens-dentistes.

³² « L'exercice regroupé pluri professionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses », *Questions d'économie de la santé* n°210, IRDES, juin 2015.

³³ Pierre-Louis Bras, « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les Tribunes de la santé* 2016/1 (n° 50), p. 67-91.

1.3.3 D'autres mesures ont cherché à favoriser la coordination des soins

Comme à l'étranger, des mesures complémentaires favorisant le regroupement et la coopération des professionnels de santé ont été mises en œuvre en France.

1.3.3.1 L'organisation de l'appui à la coordination est complexe

De nombreux dispositifs ont été créés depuis les années 2000, à la faveur des plans santé publique successifs, pour favoriser la coordination entre les professionnels de santé, et avec les professionnels médico-sociaux et sociaux. Certaines structures, comme les réseaux de santé créés en 2002, sont d'origine plutôt sanitaire ; d'autres sont issues du secteur médico-social, comme les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) à partir de 2000, et les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) développées à partir de 2008 dans le cadre du Plan Alzheimer.

Le rapport Igas sur la coordination des soins de 2014³⁴ souligne le caractère contrasté du bilan de ces structures, nombreuses et diverses, qui se cantonnent le plus souvent à une coordination soit strictement clinique (exemple des réseaux de cancérologie), soit strictement médico-sociale et sociale (exemple des MAIA). Les activités de ces différents dispositifs se chevauchent, voire se font concurrence, alors même que certains aspects de la coordination de certains parcours sont souvent non ou peu couverts – par exemple les ruptures liées à la situation sociale des populations en état de précarité sociale ou les interactions entre santé mentale et pathologies somatiques.

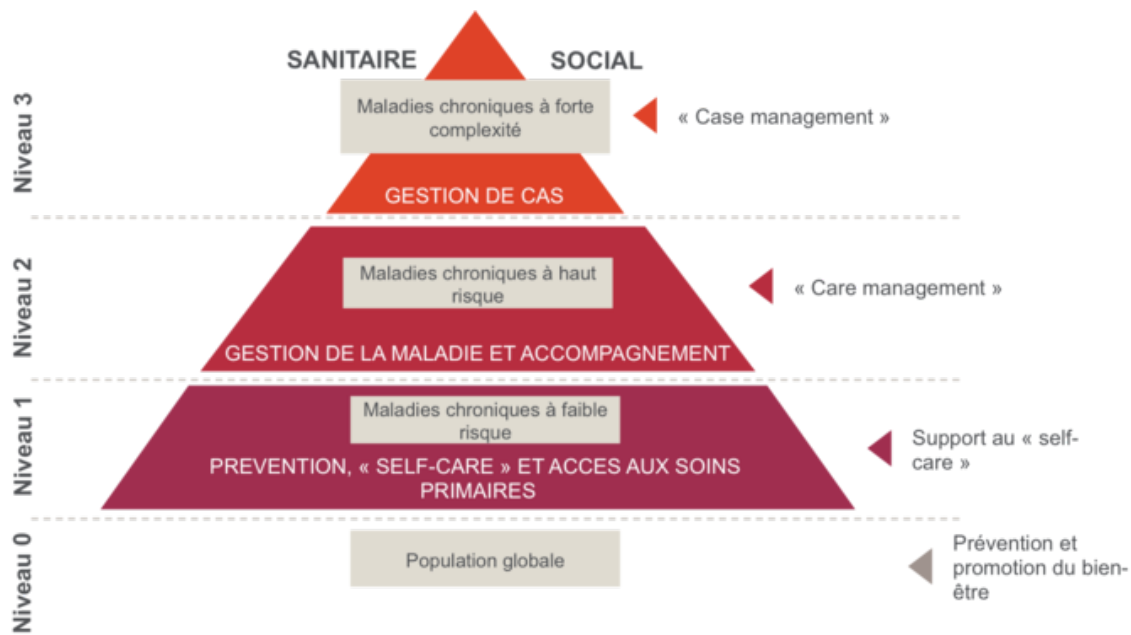
L'ensemble est peu lisible, pour les personnes et les professionnels « de terrain », et inefficace, alors que des moyens substantiels leur sont attribués. L'Igas évaluait en 2014 à 300 millions d'euros le montant des financements aux dispositifs de coordination et les données du rapport d'activité du FIR pour 2016³⁵ conduisent également à un montant compris entre 250 et 300 millions d'euros.

Par ailleurs, les professionnels de santé, et en particulier les médecins, restent peu informés et impliqués dans les structures existantes. Les différents dispositifs restent donc largement « externes » aux professionnels de santé, à la différence de certains modèles étrangers. Ainsi, le modèle « Kaiser Permanente » aux Etats-Unis (cf. schéma *infra*) est un modèle de soins intégrés pour les maladies chroniques, qui classe les patients en trois catégories, en fonction de la complexité de leur prise en charge (maladie chronique à faible risque, à haut risque et à forte complexité), et adapte l'accompagnement en conséquence.

³⁴ « Evaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport IGAS n°2014-010R, Philippe BLANCHARD, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI, décembre 2014.

³⁵ Fonds d'intervention régional, rapport d'activité 2016, octobre 2017.

Schéma 1 : La pyramide de Kaiser Permanente



Source : Bearing point

Enfin, l'expérimentation PAERPA a visé aussi, à partir de 2014, le développement de la coordination entre professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux sur le champ des personnes de plus de 75 ans. Son premier bilan (détail dans l'encadré n°2 ci-après) atteste de la multiplicité des dispositifs financés dans ce cadre, et, à ce stade, d'une absence d'impact sur les indicateurs d'hospitalisation. Il souligne aussi, comme à l'étranger, que les changements de pratiques des professionnels et la construction du travail interprofessionnel demandent du temps.

Encadré 2 : Premiers résultats de l'expérimentation PAERPA

L'expérimentation PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) menée à partir de 2014 vise à développer au niveau local la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale des personnes âgées de 75 ans et plus, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation.

PAERPA repose sur plusieurs dispositifs :

- la coordination territoriale d'appui, guichet d'information destinée à la population âgée de 75 ans et plus, leur famille et les professionnels du territoire. Elle les soutient dans leurs démarches médicales et sociales, les oriente vers les ressources existantes et leur fournit information et expertise. Le bilan positif de ce dispositif a conduit à sa généralisation et à son élargissement à l'ensemble de la population, avec la création des PTA (Plateformes territoriales d'appui) par la loi du 26 janvier 2016 (cf. *infra* 2.1.2) ;
- le plan personnalisé de santé qui formalise un plan d'action partagé sous l'égide du médecin traitant en associant un ou deux professionnels de santé (infirmier, masseur-kinésithérapeute ou pharmacien). Son usage progresse (+50 % entre 2015 et 2017), mais son appropriation est inégale selon les territoires ;
- les formations pluri professionnelles, qui restent peu déployées à ce jour ;
- des dispositifs préexistants dans les territoires, comme l'hébergement temporaire en Ehpad, les équipes mobiles gériatriques et la mutualisation des infirmiers de nuit en Ehpad.

Les premiers résultats observés à partir des données 2015 et 2016, années de montée en charge des expérimentations, ne permettent pas d'établir dans l'ensemble des territoires un effet moyen significatif propre à PAERPA sur les indicateurs de résultats, en particulier ceux liés à l'hospitalisation (ré-hospitalisations à 30 jours, durées de séjour à l'hôpital,...). Mais les analyses par territoire permettent de déceler des effets significatifs dans certains territoires, notamment pour les indicateurs de résultats les plus sensibles aux soins primaires (polymédication et prescriptions inappropriées par exemple).

L'évaluation montre que le changement organisationnel et professionnel dans le système de santé exige du temps : dix-huit mois s'écoulent en moyenne entre le lancement de l'expérimentation et le fonctionnement opérationnel des dispositifs. Les structures nouvelles ne peuvent être efficaces que si les professionnels impliqués sont prêts à changer leurs pratiques. Il ne faut donc pas sous-estimer le défi de la construction d'un terrain d'entente entre différents groupes de professionnels.

Source : « Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (PAERPA) », Questions d'économie de la santé n°235, Juillet/ Août 2018 et Bilan intermédiaire de PAERPA, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018

1.3.3.2 Une diversification des modes de rémunération encore timide en France

La rémunération des professionnels de santé libéraux en France, fondée historiquement sur le financement à l'acte et le paiement direct par le patient, a été progressivement diversifiée. La portée de ces réformes reste toutefois encore relativement limitée, notamment en comparaison de mesures appliquées dans plusieurs pays comparables.

La rémunération des médecins, et en particulier des médecins généralistes, a connu des évolutions importantes à partir de 2011, avec l'introduction d'une part de financement forfaitaire (forfait patientèle assimilable à du paiement à la capitation, forfait structure pour l'équipement informatique) et d'un financement à la performance avec des indicateurs individuels d'intéressement, la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique). Ainsi, en 2017, 87 % de la rémunération des médecins généralistes était issue d'une rémunération à l'acte, 9 % de paiements forfaitaires et 4 % de la ROSP³⁶.

La rémunération des pharmaciens a aussi évolué sensiblement depuis vingt ans, pour rendre les officines moins dépendantes du prix des médicaments et des volumes vendus, avec l'introduction d'une ROSP et d'honoraires de dispensation.

Les autres professions de santé libérales restent financées quasiment exclusivement à l'acte, même si la politique conventionnelle de l'Assurance maladie vise à favoriser la coordination au travers de rémunérations spécifiques (majorations de coordination pour les infirmières pour les soins complexes par exemple, financement de bilans des professionnels paramédicaux pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes).

³⁶ Données issues du rapport Charges et produits 2019 de l'Assurance maladie.

Par ailleurs, l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 avril 2017³⁷ ouvre un financement substantiel des MSP, de l'ordre de 66 000€ en moyenne en 2017. Ce financement collectif³⁸ couvre des missions diverses, dont l'exécution est mesurée par des indicateurs : financement d'une fonction de coordination et du travail en équipe, financement de missions d'accès aux soins (horaires d'ouverture élargis, accès à des consultations de spécialistes,...), et financement de systèmes d'information partagés.

Enfin l'article 51 de la LFSS 2019 initie l'expérimentation de nouvelles modalités de rémunération, qui pourront concerner la médecine de ville (cf. encadré 3 *infra*).

Encadré 3 : Le programme d'innovation en santé

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 crée un cadre juridique et financier pour l'expérimentation de nouvelles organisations en santé et de nouveaux modes de financement, avec un fonds d'innovation en santé doté de 20 M€ en 2018. Pour être éligibles, les projets doivent nécessiter des dérogations aux règles de financements de droit commun, et/ou à certaines règles d'organisation de l'offre de soins (par exemple sur le partage d'honoraires entre professionnels de santé).

Plusieurs modalités de rémunération collective vont être expérimentées :

- la rémunération forfaitaire pour une équipe pluri professionnelle de santé en ville, notamment pour la prise en charge de maladies chroniques ;
- l'intéressement collectif, pour inciter les groupements d'acteurs en santé à la prise en charge partagée, centrée sur le patient. Complémentaire au paiement à l'acte, il sera calculé en fonction de l'atteinte d'objectifs en matière de qualité des prises en charge, de prise en compte de l'expérience patient et de maîtrise des dépenses ;
- le paiement à la séquence de soins (paiement forfaitaire pour la prise en charge d'un épisode de soins), ciblé à ce stade sur certaines interventions chirurgicales (pour les prothèses notamment).

Un appel à manifestation d'intérêt a été lancé au printemps 2018, pour la co-construction du cahier des charges de chacune de ces expérimentations avec des acteurs de terrain. Le cahier des charges des expérimentations devrait être publié fin 2018, avec un nouvel appel à projet, permettant de démarrer les expérimentations début 2019, pour une durée maximale de 5 ans.

En conclusion, la réponse aux grands enjeux du système de santé nécessite une transformation des logiques de prise en charge médicale des patients et des populations. Des évolutions, décrites dans cette première partie, ont déjà été engagées, mais elles concernent encore un nombre de professionnels trop réduit, et leur rythme est insuffisant pour répondre à ces enjeux de transformation. Les CPTS créées en 2016 ont pour objectif d'accélérer ce « virage de la médecine ambulatoire » vers un exercice médical libéral différent, coordonné et collaboratif mais juridiquement moins intégré que les MSP ou les centres de santé, et propre à susciter l'adhésion et à mobiliser les professionnels.

³⁷ Le financement des structures pluri professionnelles a longtemps reposé sur des dispositifs transitoires : le fonds d'intervention régional (par nature destiné à amorcer des projets et non à financer des structures de manière pérenne), des financements expérimentaux (expérimentations de nouveaux modes de rémunération-ENMR) avant le financement dans le cadre d'un règlement arbitral en 2015, après l'échec d'une négociation interprofessionnelle sur ce sujet en 2014.

³⁸ Pour mémoire les MSP regroupent en moyenne une vingtaine de professionnels.

2 LE BILAN DES CPTS APRES DEUX ANS SOULIGNE LA MOBILISATION DES PROFESSIONNELS MALGRE UN SOUTIEN PUBLIC QUI RESTE A ORGANISER

Avec les CPTS, la loi du 26 janvier 2016 crée une forme nouvelle d'exercice coordonné de la médecine de ville. Le déploiement des CPTS n'a été ni encadré ni réellement soutenu, et la liberté laissée par la loi a favorisé l'émergence d'une grande variété de projets.

2.1 La loi formule l'objectif des CPTS de manière large et générique et leur rôle dans la coordination n'est pas organisé

2.1.1 Les dispositions de la loi du 26 janvier 2016 ne permettent pas d'identifier et de valoriser les CPTS dans l'ensemble des coordinations

A l'inverse des pratiques habituelles, et pour proposer une voie d'exercice coordonné réellement alternative aux MSP, le législateur a choisi de laisser une grande liberté d'initiative et de manœuvre aux professionnels de santé sur le terrain. L'article 65 de la loi³⁹ créant les CPTS prévoit :

- un objectif de nature générique : « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...) des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé » ;
- un principe de composition : « 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 (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé » ;
- une obligation : « 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 » ;
- une disposition de précaution : « 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 ».

La CPTS est donc l'association, pour une meilleure organisation des parcours des patients, de professionnels de santé du premier et du second recours et d'acteurs sociaux et médico-sociaux, constituée à partir d'équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qui définit notamment par lui-même le territoire de la communauté.

³⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La formulation législative de l'objectif est par exemple très proche de celle de l'objectif fixé aux Equipes de soins primaires (ESP) :

« Constituées autour de médecins généralistes de premier recours, les équipes de soins primaires contribuent à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins. Ces équipes permettent de contribuer fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie.»

On peut également rapprocher cette formulation de celle utilisée encore en 2016 pour la définition des réseaux de santé⁴⁰ :

« Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif etc.). [Ils] ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.»

Les CPTS ne sont donc pas caractérisées par leur objectif, ni par la valeur qui en est attendue dans la prise en charge des patients par rapport à l'organisation à date de la loi, dans le paysage déjà extrêmement touffu des dispositifs de coordination des soins. L'instruction du 2 décembre 2016 de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – seul texte d'application de la loi à ce jour – n'apporte guère de précisions, rappelant simplement aux ARS que cet outil est entièrement à la main des professionnels.

La mission a pu observer également sur le terrain la difficulté pour les acteurs de situer les responsabilités et les rôles respectifs des CPTS et des Plates-formes territoriales d'appui (PTA). Cette difficulté lui est apparue d'un autre ordre et justifie une attention spécifique.

2.1.2 L'articulation entre CPTS et PTA est mal comprise

2.1.2.1 La loi distingue les rôles respectifs des PTA et de l'ensemble ESP/CPTS

L'article 74 de la loi du 26 janvier 2016 organise ainsi l'appui à la coordination :

- les ARS organisent, pour la prise en charge de patients relevant de parcours de santé complexes, les fonctions d'appui en soutien aux professionnels de santé ;
- elles peuvent pour ce faire constituer des plateformes territoriales d'appui, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers ;
- l'objectif de cet appui est de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours ;
- ce recours est déclenché par le médecin traitant (ou un médecin en lien avec celui-ci) ;
- ces fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une ESP ou une CPTS, et les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) peuvent participer à leur fonctionnement.

⁴⁰ Source : fiche DGOS.

Ainsi la PTA intervient-elle :

- en appui aux professionnels, qui restent responsables et « effecteurs » du parcours du patient, et à titre subsidaire par rapport à l'équipe soignante ;
- et pour la prise en charge des parcours complexes, la complexité étant ainsi définie par la loi : « Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».

2.1.2.2 Mais ni la loi du 26 janvier 2016 ni les textes postérieurs n'organisent la simplification opérationnelle des dispositifs d'appui

La loi du 26 janvier 2016 ne comporte aucune disposition organisant le lien entre les PTA et les dispositifs de coordination déjà en place (cf. *supra* 1.3.3). A fortiori la loi ne prévoit aucune orientation relative à leur fusion ou leur convergence.

L'objectif de convergence n'apparaît que très récemment – et discrètement – à la faveur de l'article 69 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 qui permet la convergence budgétaire des dispositifs, en autorisant explicitement la fongibilité des crédits au sein des Fonds régionaux d'intervention (FIR).

L'administration s'emploie à organiser depuis un an la convergence des dispositifs d'appui à la coordination par l'affirmation d'un objectif national, l'élaboration d'une stratégie d'ensemble et la mise en place d'outils techniques (référentiels et systèmes d'information) et financiers (financement de projets conditionnés au respect de l'objectif de convergence). Dans certains territoires, cette convergence est à l'œuvre : c'est par exemple le cas de la PTA des Landes⁴¹ qui met en œuvre, sous l'impulsion de l'ARS, un plan de convergence des fonctionnements des différents services de coordination au sein de la plateforme.

Mais les PTA restent souvent perçues comme un dispositif supplémentaire de type « méta coordination », avec au surplus des réticences de certains dispositifs vis-à-vis de l'unicité d'un chef de file dès lors qu'ils ne sont pas eux-mêmes ce chef de file.

⁴¹ Région Nouvelle Aquitaine.

2.2 La liberté laissée par la loi a favorisé l'émergence d'une grande variété de projets

2.2.1 Environ 200 projets de CPTS sont recensés par les ARS

Les données remontées par les ARS (y compris des DOM) font état d'un peu plus de 200 projets de CPTS, dont un petit nombre (de l'ordre de la vingtaine) sont au 30 juin définitivement validés par l'ARS.

Ce décompte doit cependant être considéré avec quelques précautions :

- il intègre des communautés de professionnels créées antérieurement, déjà actives et opérationnelles, et qui se sont transformées en CPTS. C'est notamment le cas des pôles de santé pluri professionnels, « automatiquement » transformés en CPTS par la loi (sauf opposition de leur part). A titre d'exemple, le pôle de santé de Paris XIII⁴², qui devrait être très prochainement reconnu et financé comme CPTS, mobilise depuis 2011 environ 150 professionnels de santé pour des actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'échanges interprofessionnels, ou encore de démarches pour faciliter l'accès aux soins de personnes âgées ou de migrants ;
- il inclut également 64 Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) en Normandie : ces pôles s'inscrivent bien dans la logique des CPTS, mais les critères établis de taille et de proximité (cible de 15 professionnels de santé, sur un territoire de 15 000 habitants, accessible à moins de 15 minutes pour les habitants) en font souvent des communautés intermédiaires entre ESP et CPTS ; d'ailleurs, certaines sont en cours de regroupement pour constituer des CPTS (cf. encadré n°4 ci-dessous).

Sous ces réserves, les 200 projets recensés recouvrent principalement des communautés encore à l'état de projet, ou constituées récemment, et qui n'ont pas encore signé de contrat de santé avec l'ARS ni parfois déjà complètement formalisé de projet de santé ni de « plan d'action ». Elles sont toutefois connues positivement de l'ARS, qui a par exemple validé un pré-projet et parfois attribué des moyens d'amorçage pour la confection du projet et le montage de la communauté.

Le projet de CPTS Sud Allier⁴³ (36 000 habitants) est une bonne illustration de ces communautés professionnelles en préfiguration : depuis fin 2016, des professionnels de santé construisent un projet d'accompagnement des personnes fragiles dans la gestion de leur parcours de santé ou en risque d'hospitalisation ; ils utilisent déjà des protocoles, travaillent avec les professionnels en santé mentale, les associations sociales, les EHPAD (certains des médecins sont médecins coordonnateurs d'EHPAD) et des correspondants hospitaliers, et communiquent par messagerie. Ils fédèrent à ce jour plus de soixante professionnels, les trois MSP de la CPTS assurant l'organisation des soins non programmés.

En revanche, la mission n'a par exemple pas intégré des projets qui lui ont été signalés, parfois à des états relativement avancés (rédaction du projet de santé) mais non repris dans les recensements des ARS : le décompte est donc large mais non exhaustif.

⁴² Région Ile de France.

⁴³ Région Auvergne-Rhône-Alpes.

Ce nombre relativement élevé de projets témoigne du dynamisme des professionnels de santé, et tend à montrer une certaine appropriation de « l'idée de CPTS ». Toutefois, il s'agit souvent de professionnels de santé engagés de longue date dans la coordination ou l'innovation de pratiques, maîtrisant les montages financiers et la gestion de projet, et connaissant les réseaux d'interlocuteurs et leurs pratiques.

Encadré 4 : Les Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) en Normandie : les prémisses d'une stratégie régionale de promotion de l'exercice coordonné

Dès 2000, les acteurs régionaux de Basse-Normandie (Union régionale des médecins libéraux, Union régionale d'Assurance maladie, Agence régionale d'hospitalisation et Région) ont défini une stratégie régionale face à l'enjeu de la démographie médicale et donc de l'accès aux soins, pour favoriser les installations de professionnels de santé, notamment celles de médecins généralistes. Cette stratégie s'est appuyée sur un travail de « diagnostic des dynamiques territoriales » (production d'une cartographie des zones prioritaires) et sur un soutien à l'exercice coordonné sous forme de Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA).

Les PSLA constituent un mode d'exercice coordonné pluri professionnel, dans l'esprit des CPTS, avec une nuance : la stratégie est principalement guidée par l'objectif central du maintien ou de l'amélioration d'un accès au premier recours et donc, légitimement, les projets sont construits selon le critère des « 3 x 15 » : 15 professionnels de santé, sur un territoire de 15 000 habitants, accessible à moins de 15 minutes pour les habitants. De ce fait, une partie d'entre eux s'apparentent à des équipes de soins primaires, et certains sont d'ailleurs des maisons de santé pluri professionnelles. Les projets de santé mettent en avant des actions de télémedecine, l'accès aux soins, notamment non programmés, la coordination des cas complexes, la prévention et l'éducation thérapeutique, et les délégations de tâches « protocolisées ». Un partenariat avec les acteurs hospitaliers et médico-sociaux a été initié, notamment via la charte partenariale régionale. Les élus sont partie prenante du dispositif auquel ils contribuent de manière significative par le financement de l'immobilier dans le cadre de la stratégie régionale et ses priorités - mais la coordination effective avec ces acteurs mériterait encore d'être encore approfondie, d'après une première évaluation externe de novembre 2013.

Une deuxième évaluation externe a été produite en novembre 2017. Elle met en exergue l'attractivité des pôles pour les jeunes professionnels médicaux et paramédicaux, qui ont « une appétence avérée (...) pour ce type d'exercice », ce qui conduit à des « demandes d'installation dans les pôles qui ne peuvent être toutes satisfaites », et donc l'atteinte de l'objectif principal. Elle souligne aussi la richesse des contacts interprofessionnels et la simplification d'organisation de la continuité des soins, ainsi que des expériences positives (mais encore trop rares) de formations pluridisciplinaires. Elle recommande l'approfondissement de la coordination effective des acteurs - la dynamique pluridisciplinaire étant encore inégale - et souligne l'importance de développer une communication efficace, de simplifier l'instruction des projets, de progresser dans la cohérence de la politique partenariale et la lisibilité des financements, et de structurer l'accompagnement puis le suivi des projets.

Selon cette évaluation, l'élaboration d'un PSLA nécessite un temps de maturation entre 3 et 5 ans, les projets de PSLA déjà en activité ayant souvent nécessité un temps de développement supérieur à cinq ans.

2.2.2 Les CPTS diffèrent sensiblement selon la taille et la nature du territoire

La mission a observé que les projets de CPTS peuvent être classés selon trois types de territoire⁴⁴ :

- les territoires ruraux,
- les territoires semi-ruraux et péri-urbains,
- les territoires urbains.

Elle s'est donc attachée à préciser cette typologie des projets de CPTS recensés, détaillée dans un tableau en annexe 1.

2.2.2.1 Les territoires ruraux

Les bassins de vie de ces territoires présentent moins de 30 000 habitants et moins de 100 professionnels de santé, très majoritairement des professionnels de premier recours. Sur ces territoires, un enjeu majeur pour les professionnels de santé est le maintien d'une offre de premier recours. C'est le cas par exemple des professionnels de santé de Chatenois, Gironcourt sur Vraine et Vicherey⁴⁵, réunis dans la CPTS de La plaine pour répondre à une problématique de difficulté d'accès aux soins de premier recours, et particulièrement d'accès à la médecine générale.

La prise en charge des personnes âgées (continuité de leur parcours, prévention des hospitalisations, retour à domicile) ainsi que l'organisation des soins non programmés et de la continuité des soins constituent aussi des problématiques prégnantes sur ces territoires, et sont autant de bons « problèmes à résoudre » qui suscitent ou favorisent la mobilisation des professionnels de santé. Ainsi, une des missions que s'est fixée la CPTS de la Plaine est l'amélioration de l'offre des soins non programmés, en proposant une solution pour les enfants le soir à partir de 18h, et pour les résidents en EHPAD le soir et les week-ends.

Dans ces territoires, la principale difficulté évoquée par les acteurs réside dans les réticences à intégrer un mode d'exercice plus coordonné des médecins généralistes « isolés » (c'est-à-dire en cabinet seul), qui manquent de temps et ne perçoivent pas toujours aisément ce que le travail en équipe pourra leur faire gagner, notamment en temps médical. La difficulté à identifier des porteurs de projets en mesure d'impulser et de porter une dynamique collective, dans des bassins de vie où aucune expérimentation préalable d'organisation des soins primaires n'a été recensée, est aussi invoquée par les ARS et les URPS.

En revanche, l'association de l'ensemble des ressources médicales est assez aisée, car le nombre d'acteurs est moins important (« on peut tous se connaître »). Ainsi, les CPTS de ces territoires associent-elles les EHPAD, les hôpitaux locaux, mais aussi la PMI, la médecine scolaire ou encore les acteurs du secteur psychiatrique. La majorité des CPTS associent même ces acteurs dans leur gouvernance, en tant que membre de la CPTS : ainsi, l'association CPTS de la Plaine intègre dans son bureau un cadre de santé de l'EHPAD local.

⁴⁴ La mission n'a pas pu étudier les caractéristiques des CPTS dans les **collectivités d'outre-mer**. Ces dernières pourraient certainement constituer une quatrième catégorie de territoires, du fait de leurs spécificités et de leurs enjeux de santé.

⁴⁵ Région Grand Est, département des Vosges.

De même, le travail en équipe interprofessionnelle est relativement naturel sur ces territoires, et les territoires recensés portent aussi des projets de délégation de tâches (dans le cadre de maisons de santé pluri professionnelles ou avec des infirmières Asalée), ainsi qu'avec des projets de télémedecine et de télé-recours. A titre d'illustration, la CPTS de la Plaine envisage de recruter une infirmière Asalée, et organise un partenariat avec l'EHPAD de Dommartin sur Vraine sur un projet de télémedecine.

2.2.2.2 Les territoires semi-ruraux, et péri-urbains

Dans ces territoires, les CPTS regroupent 100 à 300 professionnels de santé sur un bassin de 30 000 à 80 000 habitants. Au-delà de la taille plus importante du territoire et de la communauté, l'offre de soins de ces territoires se distingue des territoires ruraux par une offre de second recours, libérale ou hospitalière, plus étoffée.

Le maintien de l'offre de premier et de second recours, et l'organisation du lien avec l'hôpital sont généralement leurs problématiques principales. La CPTS Sud-Lochois (60 000 habitants, 260 professionnels de santé)⁴⁶ est la transformation d'un pôle de santé pluridisciplinaire, lui-même né d'une initiative des élus locaux en 2009 face à une démographie médicale préoccupante. Son projet de santé consiste à développer les relations ville-hôpital, ainsi que des actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique. L'aide à l'installation et l'organisation de la continuité et de la permanence des soins constituent aussi des axes de travail, et comme sur les autres territoires, la réponse aux soins non programmés y constitue une problématique forte. Enfin, la CPTS doit développer l'informatique communicante et la télé-expertise. Une infirmière libérale exerce l'activité de coordinatrice à temps partiel.

Pour ces territoires, le besoin de recourir à des systèmes d'information pour fonctionner en réseau est prégnant en raison de la taille plus importante des communautés (plus de 100 professionnels de santé) qui rend plus difficile l'interconnaissance. Ces communautés professionnelles regroupent avant tout les professionnels de médecine ambulatoire de premier et de second recours, déjà nombreux. Le lien avec les établissements sanitaire est étroit, plutôt sous forme de partenariats que comme membres de la CPTS, probablement en raison de leur nombre. Le partenariat avec le secteur médico-social est moins naturel que sur les territoires ruraux, et il constitue un enjeu de développement pour l'avenir.

Une des principales difficultés relevée sur ces territoires est la capacité à travailler en équipe interprofessionnelle, dans des communautés qui pourront compter à terme jusqu'à 300 professionnels de santé, et dont l'organisation est sensiblement plus lourde et complexe. La CPTS du Sud-Toulois (60 000 habitants, 295 professionnels de santé)⁴⁷ a porté une attention particulière à ce sujet en veillant à ce que les différentes professions (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) soient représentées au sein de sa gouvernance.

⁴⁶ Région Centre-Val de Loire, contrat signé en mars 2017.

⁴⁷Région Grand Est, département de Meurthe-et-Moselle.

2.2.2.3 Les territoires urbains denses

Sur ces territoires densément peuplés, où les CPTS se constituent sur des bassins de vie de plus de 80 000 habitants, pouvant aller jusqu'à plus de 200 000 habitants, les parcours des patients (premier recours, deuxième recours, établissements) peuvent être éclatés, leur combinatoire est complexe et le recours direct à l'hôpital beaucoup plus fréquent, notamment par le passage au service des urgences. Les distances étant plus réduites, les patients consultent plus facilement et plus souvent auprès de professionnels n'exerçant pas sur le territoire lui-même⁴⁸, notamment pour la médecine de spécialité.

Les professionnels de santé de ces territoires analysent bien la forte nécessité de se structurer par rapport aux hôpitaux, afin de pouvoir organiser le lien ville-hôpital, faciliter l'entrée et les sorties d'hospitalisation, et contribuer à la diminution du recours aux urgences en organisant les soins non programmés. Les hôpitaux apprécient d'ailleurs, là où le projet de CPTS est suffisamment avancé, de pouvoir travailler et échanger avec un interlocuteur identifié et structuré représentant les professionnels libéraux, qui leur permet notamment de faire progresser en sécurité leur propre stratégie en matière de virage ambulatoire. De même l'interaction avec les acteurs sociaux et médico-sociaux est souvent nécessaire au vu du diagnostic. Au total le nombre de parties prenantes naturellement partenaires ou associées au projet est très élevé.

Ainsi le nombre important d'acteurs sur le même territoire, surtout lorsque l'on inclut les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux, rend l'interconnaissance, les habitudes de travail en commun et la mise en réseau encore plus délicate qu'ailleurs. Les contours des territoires ayant conclu un contrat local de santé ne coïncident pas nécessairement avec ceux résultant d'un diagnostic territorial ou populationnel fondateur du projet de CPTS. L'identification de la maille territoriale s'avère donc particulièrement délicate, et l'organisation de la gouvernance complexe.

Le projet de CPTS de Vénissieux (Auvergne-Rhône-Alpes) est illustratif de cette complexité.

Encadré 5 : Le projet de CPTS de Vénissieux

Le bassin de santé de Vénissieux couvre 65 000 habitants, avec deux quartiers de politique de la ville, une zone franche urbaine (Les Minguettes, 22 000 habitants) et une zone urbaine sensible. Les délimitations territoriales ne correspondent pas aux flux qui définissent les bassins de santé, qu'il s'agisse des parcours patients ou des lieux d'exercice des professionnels. Le secteur est doté de plusieurs établissements ou services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, privés et publics.

Le diagnostic élaboré met en évidence la forte imprégnation des sujets sanitaires et des spécificités sociales : la population est jeune, souvent peu diplômée, et se paupérise (taux de pauvreté à 29 % v/ 9,8 % pour la région, plus du tiers de la population perçoit une allocation pour bas revenus), avec des conséquences significatives sur le recours à la couverture complémentaire puis aux soins.

La prévalence des affections chroniques graves y est élevée : +75 % pour le diabète, +60 % pour les affections respiratoires, +20 % pour les troubles psychiatriques chroniques par rapport à la région⁴⁹.

La consommation de soins hospitaliers y est plus élevée alors que celle de soins de ville est équivalente au reste de la région. De fait, la démographie médicale libérale y est inégale, selon les spécialités et selon les quartiers.

⁴⁸ Par exemple sur le territoire du lieu de travail.

⁴⁹ Rhône-Alpes compte tenu des dates de relevés statistiques.

Le projet proposé à l'ARS en février 2018 – et toujours en cours d'instruction – est produit par une association créée en 2015, réunissant des représentants de dix professions de santé dans une gouvernance déjà interprofessionnelle, et qui a vocation, dans le cadre de la future CPTS, à s'élargir aux acteurs hospitaliers, sociaux et médico-sociaux, à la CARSAT et à la CPAM, ainsi qu'aux représentants des usagers.

La problématique professionnelle centrale est celle de l'organisation de la coopération et de la coordination en pratique entre des acteurs nombreux (50 professionnels adhérents en 2018, avec un objectif de 150 en 2020) qui nécessite :

- une bonne connaissance des professionnels du territoire, de leurs compétences, de leurs pratiques de prises en charge, de leurs disponibilités, des langues qu'ils savent pratiquer etc. ;
- des moyens de coordination (de l'ordre d'un temps plein pour un territoire de cette dimension) ;
- des outils de communication permettant des échanges professionnels commodes, sécurisés, traçables et transparents pour le patient, selon un modèle de type réseau social communiquant avec les grands outils nationaux, notamment le DMP (dossier médical partagé).

Le projet propose trois thématiques d'actions assorties d'objectifs chiffrés pour les trois années de contrat avec l'ARS et d'indicateurs (entre 3 et 8 selon les thématiques) :

- l'accès aux soins non programmés ;
- la maîtrise et la réduction des durées d'hospitalisation ;
- la réduction des délais d'accès aux soins par la construction de parcours ville – hôpital et l'organisation de circuits courts entre le premier et le second recours.

L'association évalue son budget à 86 000€ pour 2018 et 163 000€ pour 2020.

D'autres CPTS rencontrées par la mission dans des territoires très denses (CPTS de Metz, CPTS de Paris XIII) insistent également sur la difficulté de mobiliser les professionnels de santé (notamment du second recours). Elles adoptent une démarche de « prestation de services » pour faciliter leur adhésion, et choisissent notamment de développer des outils informatiques pour faciliter la mise en réseau, ou encore de proposer aux professionnels de santé un appui pour la gestion des cas complexes. Ainsi, dans ces territoires, les CPTS peuvent aussi être à l'origine de PTA, posant alors la question de l'articulation CPTS / PTA.

Dans ce type de territoire avec un très grand nombre d'acteurs, la fonction de coordination est essentielle pour que les CPTS puissent émerger et fonctionner. Elle peut représenter jusqu'à 2 ETP dans une CPTS urbaine mature.

2.2.3 L'histoire du territoire détermine l'ambition des projets de CPTS

Au-delà de la nature du territoire, les projets de CPTS varient en fonction de l'« historique » des liens entre professionnels de médecine ambulatoire sur le territoire.

2.2.3.1 Les projets sont particulièrement riches dans les territoires où la coopération est déjà ancienne, quelles qu'en soient les formes

La présence de maisons de santé pluri professionnelles sur un territoire est de fait un élément facilitateur et structurant pour l'émergence de CPTS. Elles fonctionnent déjà le plus souvent dans une logique interprofessionnelle, et leur organisation opérationnelle facilite la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés. Assez naturellement, certaines dépassent le champ de leur patientèle pour s'adresser aux besoins de santé de l'ensemble du territoire, en associant les autres acteurs de santé, et notamment les professionnels « isolés ». D'autre part, elles sont dotées

de ressources de coordination, financées par l'Assurance maladie dans le cadre de l'ACI, ce qui facilite l'ingénierie de projets des CPTS, et permet une mutualisation de certaines ressources.

Le territoire de proximité du Barrois⁵⁰, où plus de 70 % des médecins exercent dans une MSP, en offre un bel exemple. L'organisation en MSP a été initiée il y a une dizaine d'années pour faire face à une démographie médicale très préoccupante. Le projet de CPTS sur ce territoire, très riche, intègre le lien ville/ hôpital, l'amélioration de l'exercice coordonné (protocoles harmonisés notamment), l'organisation des soins non programmés à l'échelle du département et des actions de prévention. Il organise également la contribution de la communauté à la formation initiale des professionnels de santé, afin de favoriser l'attractivité du territoire. Il intègre enfin un volet « outils informatiques », avec l'objectif clairement défini que tous les professionnels de santé communiquent par la même messagerie sécurisée au plus tard fin 2019.

De même, les pôles de santé pluridisciplinaires sont à l'origine de nombreux projets de CPTS, souvent très complets. Ainsi, le pôle de santé de Paris XIII, à l'initiative de la CPTS du XIIIème arrondissement, évalue ses actions en s'appuyant sur les travaux de thèse d'internes. Des évaluations des besoins de coordination des médecins généralistes, et bientôt des médecins spécialistes, également réalisées dans le cadre de thèses universitaires, permettront à la CPTS de prioriser ses actions pour favoriser l'adhésion d'un maximum de professionnels de santé, et de mieux communiquer. La gouvernance de la future CPTS est conçue comme très large, incluant les élus, les associations d'usagers, en lien avec les hôpitaux ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux.

Les professionnels qui ont porté l'expérimentation PAERPA sont également bien préparés à la construction de CPTS. Ainsi, en Mayenne, l'expérimentation a permis la structuration du parcours personnes âgées, l'implication de nombreux professionnels dans un exercice coordonné et le rapprochement avec le médico-social. Quatre projets de CPTS y sont préparés, portés par des MSP, à partir des actions engagées sur le parcours des personnes âgées, pour les élargir au suivi des patients diabétiques, aux sorties complexes d'hôpital, à la santé mentale, etc.

Enfin, l'existence préalable d'actions de formation interprofessionnelle, d'expérimentations de délégations de tâches ou encore la pratique du dispositif Asalée sont autant de pratiques qui ont favorisé les démarches interprofessionnelles et facilitent aujourd'hui les projets de CPTS.

Dans ces territoires où la coopération est plus ancienne, certains professionnels sont en même temps à l'initiative de PTA ou d'autres formes avancées ou innovantes de coopération, par exemple de dépôts de projets dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 (cf. encadré n°3 *supra* 1.3.3.2), ou encore de projets de télémédecine ou de télé-recours.

2.2.3.2 Ailleurs, l'approche est plus progressive

De manière pragmatique, le ou les porteurs de projet cherchent d'abord à résoudre un problème opérationnel – démographie médicale, sujet de santé publique, lien ville-hôpital ou organisation des soins non programmés notamment.

La CPTS de Yenne⁵¹ (10 000 habitants) par exemple a ainsi initié le travail en équipe interprofessionnelle par des thématiques de santé publique (prévention de l'obésité, troubles de déficit d'attention pour les enfants) et d'éducation thérapeutique. La thématique de l'organisation

⁵⁰ Région Grand Est, département de la Meuse.

⁵¹ Région Auvergne-Rhône-Alpes département de la Savoie.

des soins non programmés est aussi un bon sujet de mobilisation des professionnels de santé autour d'un projet commun.

Le ou les porteurs de projet élargissent généralement ensuite leur perspective par une approche populationnelle, et s'attachent à élargir le champ thématique et le nombre de professionnels mobilisables autour du projet. Ils développent des outils « à leur main » et s'appuient sur les ressources existant par ailleurs (temps de coordination de MSP ou de réseau), selon des organisations juridiques ou administratives très légères. Ce pragmatisme et leur dynamisme leur permettent de conduire la phase de conception du projet, mais – ils en sont généralement conscients – ne suffisent pas à structurer de manière professionnalisée et durable un projet de territoire.

Cette approche pragmatique et nécessairement progressive met en exergue le temps minimum d'arrivée à maturité des CPTS dans le contexte actuel, sur ces territoires qui n'ont pas connu d'organisation ou d'expérimentation préalable permettant d'éviter ou de réduire la période « d'apprentissage ».

Certains projets restent « monothématiques » et s'apparentent en réalité davantage à des réseaux de santé ou des filières de soins. Ils ne s'appuient pas sur une analyse populationnelle du territoire et concernent un champ étroit en termes de dynamique interprofessionnelle.

La mission a par exemple eu connaissance d'un projet de CPTS – validé par l'ARS – mené par le centre hospitalier du territoire pour organiser la prise en charge ambulatoire de « ses » patients à la sortie de l'hôpital, maintenir et garantir le lien ville-hôpital pour leur suivi hors hôpital, et ainsi notamment prévenir et éviter les ré-hospitalisations. La mission a échangé avec l'équipe projet, menée par le directeur et le président de la CME de l'hôpital, hôpital qui par ailleurs va assurer la gestion administrative de la future CPTS. La mission considère que, si l'intérêt et la légitimité intrinsèques de ce projet, qui revêt en outre une dimension hospitalière public-privé intéressante, ne sont pas en question, un tel projet n'entre pas dans la logique de définition des CPTS par la loi et devrait par conséquent être requalifié ou réorienté.

Un autre projet de CPTS « mono thématique » est à ce stade exclusivement consacré à l'organisation de la santé mentale : il vise à mettre en place des aides à la pratique et des alternatives à la prise en charge par les psychiatres « libéraux » pour optimiser leur « temps médical », et à mieux organiser la coopération entre les psychiatres libéraux et les autres professionnels de santé. Si la santé mentale peut être un bon point de départ, la mission considère qu'il conviendrait d'organiser dans la durée, mais en le contractualisant dès maintenant, l'élargissement du projet pour en enrichir, dans l'intérêt des patients, la dynamique interprofessionnelle.

2.2.4 Les professionnels recherchent des organisations aussi légères que possible pour les CPTS

2.2.4.1 A ce stade, les professionnels de santé choisissent le statut associatif pour les CPTS

L'ensemble des projets de CPTS examinés par la mission est constitué sous forme associative. L'organisation associative est privilégiée en raison de sa simplicité. Elle permet d'associer un grand nombre d'acteurs (publics et privés), selon une gouvernance très souple. Elle peut être un « marqueur » de l'esprit du projet, par exemple la traduction d'une forte ambition interprofessionnelle lorsque le président de l'association n'est pas médecin.

Malgré les évolutions récentes du régime juridique des SISA (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires) et la création des SISA à capital variable (que de nombreux professionnels semblent au demeurant mal connaître), leur gestion est souvent considérée comme lourde et complexe, voire inadaptée au régime fiscal de certaines professions (cas des pharmaciens et de l'assujettissement à la TVA).

2.2.4.2 La gouvernance des CPTS est adaptée à chaque projet

Les porteurs de projet comprennent bien la CPTS comme un outil professionnel, mais perçoivent également la responsabilité sociale dont ils sont porteurs en s'engageant dans la création de la communauté.

La quasi-totalité des projets dont la mission a eu connaissance prennent en compte l'impact de la future CPTS et organisent la relation de la future CPTS avec les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Leur engagement dans le maintien à domicile et dans leur volonté de contribuer à la réduction des hospitalisations inadéquates (passages aux urgences, durées d'hospitalisation, ré-hospitalisations évitables) est manifeste. En fonction des contextes – sujets de santé et complexité du territoire notamment – cette relation est soit partenariale et contractuelle sur les priorités du projet de santé, soit organique.

Les élus sont fréquemment sollicités au niveau communal, intercommunal ou régional, et partie prenante à la mesure des besoins du projet et de leur propre sensibilité à l'impact de l'organisation des soins sur l'avenir et l'attractivité de leur territoire. L'association des élus apparaît d'autant plus nécessaire dans les territoires dotés de contrats locaux de santé, et l'articulation des démarches CLS (Contrats locaux de santé) et CPTS est un enjeu. Certains conseils régionaux contribuent au financement du montage des projets, et des collectivités proposent des solutions immobilières lorsque celles-ci sont nécessaires.

La voix des usagers est inégalement présente dans les projets et très largement fonction de l'historique de la représentation des usagers sur le territoire. Utiliser la « ressource » que constituent les usagers lorsque cette ressource est visible, la faire émerger lorsque ce n'est pas le cas est à l'évidence un enjeu pour l'avenir de consolidation des CPTS et de leur légitimité territoriale.

2.3 Le déploiement des CPTS n'est globalement pas organisé

2.3.1 Le pilotage national des CPTS est peu stimulant, à l'inverse de celui des PTA

2.3.1.1 Les incitations nationales au soutien à l'émergence des CPTS sont restées très modestes

L'instruction du 2 décembre 2016 est peu directive, elle est également peu incitative, même si un point de situation a été demandé aux ARS une fois chaque année : cette modestie du pilotage central contraste avec le volontarisme du suivi d'autres actions, telles le déploiement des MSP dans le cadre de la première phase du Pacte Territoires Santé (2012 – 2015)⁵² ou, plus récemment, la constitution des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou même la mise en place des PTA. L'administration a suivi mais n'a pas réellement animé le déploiement des CPTS, et l'instruction intervient *a minima* en ne précisant ni les positionnements, ni les valeurs ajoutées respectives des

⁵² Noter cependant que ce volontarisme dans le déploiement des MSP succédait à plus de six années de « période expérimentale ».

niveaux de coordination qu'elle décrit (ESP, CPTS, PTA), ni les leviers possibles de facilitation, par exemple une bonne coopération avec les URPS. L'instruction a même pu susciter quelque confusion en prévoyant dans son annexe « tableau récapitulatif » que la CPTS est composée de « tout acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social) », mention qui, isolée du corps de l'instruction, a pu être interprétée de manière prescriptive, comme une obligation d'inclure les établissements hospitaliers du territoire en tant que membres de la CPTS.

L'absence de cadre réglementaire imposé par la loi reflète certes la volonté que les CPTS « émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville⁵³ ». Mais la mission considère que cette volonté de respecter la logique ascendante n'exclut pas – et aurait même pu encourager – l'organisation par les services centraux du ministère d'un dispositif innovant d'animation d'ensemble et d'évaluation du déploiement des CPTS (qui a par exemple été amorcé pour les ESP). Ce dispositif aurait pu déceler les régions et les territoires promoteurs ou avancés, partager l'avancement des déploiements engagés, tirer profit par les retours d'expérience des opportunités de contexte ou des difficultés rencontrés par les plus avancés, et instrumenter progressivement l'ingénierie et l'accompagnement nécessaires dans le cadre d'une dynamique collective et apprenante.

Tel n'a pas été le cas, et les acteurs de terrain, services de l'État et professionnels, ont donc « fait au mieux » selon leurs contextes, leurs enjeux, voire leurs tropismes personnels ou leurs logiques et habitudes de fonctionnement et d'organisation. Tout s'est passé comme si l'État, ayant dû « concéder » le caractère ascendant et non planifié de la création des CPTS, avait renoncé ensuite à organiser, en concertation avec les professionnels, le cadre stratégique, les attendus et le déploiement de cette nouvelle modalité d'exercice.

2.3.1.2 A l'inverse, les PTA sont mieux outillées et mieux suivies par l'administration

La mise en place de l'ensemble ESP / CPTS / PTA devrait constituer une révolution de l'exercice médical (particulièrement mais pas seulement celui de la médecine libérale) en construisant l'organisation du système et des parcours à partir des patients, donc d'abord des professionnels qui en sont les plus proches. Mais la réalité de l'action publique a conduit depuis deux ans à focaliser l'action des services centraux et régionaux sur les PTA, sans animer et outiller parallèlement la constitution des CPTS, et dans une certaine mesure aussi des ESP, ce qui déséquilibre le dispositif et ne permet pas aux acteurs d'en comprendre la logique d'ensemble. Au niveau national, les PTA ont fait l'objet d'un décret⁵⁴ définissant leurs missions, dans des termes d'ailleurs larges par rapport à l'objectif fixé par la loi et ne contribuant guère à clarifier leur positionnement. Le décret précise en effet que l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions :

« 1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire

« 2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient : évaluation de la situation et des besoins du patient, appui à l'organisation de la concertation pluri professionnelle et à la coordination, planification de la prise en charge et suivi des interventions

⁵³ Citation de l'instruction du 2 décembre 2016.

⁵⁴ Décret 2016-919 du 6 juillet 2016

« 3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, notamment la diffusion d'outils de repérage et d'évaluation des situations complexes.

Le déploiement des PTA est suivi, quantitativement et qualitativement, de manière précise par la DGOS, qui anime également le développement des Services numériques d'appui à la coordination (SNAC), dans le cadre du programme e-parcours, et, en lien avec le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), fait progresser la convergence des différents dispositifs de coordination.

Au plan régional, les PTA constituent pour les ARS, notamment lorsque leur création n'est pas liée à un dispositif incitatif à l'innovation tel le programme Territoires de soins numériques (TSN), une voie commode de « recyclage » des réseaux de santé thématiques, avec des interlocuteurs habitués au dialogue avec l'administration et à ses procédures. Les PTA bénéficient ainsi des acquis des structures préexistantes, mais cette continuité avec les structures antérieures porte en elle aussi le prolongement de leurs défauts – notamment une vision excessivement sanitaire (la dimension médico-sociale est souvent insuffisante) et hospitalière.

Les PTA risquent fort de jouer le rôle des CPTS et de « gérer » les parcours à la place des professionnels de santé, alors qu'elles devraient intervenir en appui des professionnels et des patients eux-mêmes. La confusion forte entre PTA – plateforme de services de gestion de la complexité - et CPTS – mode d'exercice de la médecine libérale - risque de perdurer et les professionnels libéraux de s'en éloigner comme ils se sont trouvés éloignés des dispositifs antérieurs (réseaux de santé et MAIA notamment).

2.3.2 L'accompagnement régional est généralement modeste et peu structuré

La création par la loi des CPTS a donné lieu à une mise en œuvre et un suivi de type traditionnel dans toutes les ARS avec la rédaction de guides, cahiers des charges, et autres documents de cadrage. La communication autour de ces documents est inégale : l'ARS Ile de France a par exemple largement diffusé son guide à sa publication en octobre 2017, mais dans d'autres régions il semble que les documents soient restés relativement confidentiels – pour plusieurs ARS, la mission n'a par exemple pas pu repérer sur leur site de documentation relative aux CPTS.

Ce caractère traditionnel peut donner lieu à des procédures formelles parfois excessivement lourdes et décourageantes au regard des enjeux financiers, même potentiels. Certes le cadre pérenne du financement des CPTS n'est pas organisé à ce jour, mais à l'inverse les interlocuteurs savent désormais que le FIR finance des projets, donc des dépenses non pérennes. Il était possible, à défaut de procédure organisant la pérennité ou l'abandon de projet, de financer par une procédure simple l'amorçage, et certaines régions se sont engagées dans cette voie (cf. *infra* 2.4.1 sur le financement).

La coopération ARS – URPS dépend fortement de l'historique souvent heurté des relations entre l'ARS et les URPS, et les URPS sont elles-mêmes inégalement engagées auprès des professionnels et inégalement équipées pour les accompagner confraternellement. Par ailleurs, alors que le déploiement des CPTS devient un objet d'attention de ces professionnels sur le terrain, il n'est généralement pas encore identifié comme objet d'échanges ou de coopération entre les ARS et leurs interlocuteurs régionaux de la branche maladie du régime général, les Directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) et plus globalement les organismes de l'Assurance maladie, comme l'est par exemple le programme PRADO. Cette coopération – dont le champ est précisément codifié par les textes d'instruction internes à l'administration et à l'Assurance maladie – ne leur est

d'ailleurs pas demandée. Cette situation favorise potentiellement la conduite de stratégies séparées et potentiellement concurrentes entre les différentes institutions régionales publiques ou professionnelles, Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), Mutualité sociale agricole (MSA), fédération de MSP ou maison des réseaux, sur le « marché » de l'accompagnement des porteurs de projet.

Dans les régions les plus engagées dans le développement des CPTS visitées par la mission, la dynamique est assurée par un partenariat étroit entre l'ARS et l'URPS médecins, en associant les autres URPS dans une logique interprofessionnelle, ainsi que les fédérations régionales de MSP.

En Grand Est, une comitologie dédiée a été créée et un guide d'accompagnement a été co-construit et diffusé avec l'URPS médecins : il ne s'agit pas d'un cahier des charges mais d'un document visant à orienter et documenter les réflexions des porteurs de projet sur le périmètre, l'objet et les acteurs de la CPTS, son montage et son fonctionnement, et les possibilités d'accompagnement du projet. L'ARS a élaboré un accord-cadre – destiné également aux projets de MSP et d'ESP - dont un lot propose trois niveaux d'accompagnement méthodologique. L'URPS a recruté des chargés de mission pour encourager les projets et accompagner les porteurs de projet.

C'est également le cas de la région Centre-Val de Loire, qui déploie une stratégie intéressante de maillage du territoire adapté à ses enjeux de démographie médicale et d'accompagnement (cf. encadré ci-dessous).

Encadré 6 : Stratégie de déploiement des CPTS conduite en région Centre-Val de Loire

En région Centre-Val de Loire, la stratégie de déploiement des CPTS a bénéficié d'un contexte institutionnel favorable au niveau des professionnels (le maintien après 2012 d'une fédération des URPS et une composition pluri-syndicale stable de l'URPS-Médecins) et sur une coopération fructueuse entre l'ARS et la fédération des URPS. Ce contexte permet que les contacts et le dialogue soient en majeure partie assurés entre pairs, sous le regard de l'ARS.

Un travail d'analyse des flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux a été mené à partir des données du SNIIRAM. Cette analyse a permis de déterminer pour chaque commune de la région et chaque spécialité le pôle d'attraction principal des patients ayant consulté, puis de définir les aires de patientèle des médecins libéraux spécialistes, donc les logiques territoriales du recours aux soins, puis les territoires de santé communs à plusieurs spécialités médicales.

Les bassins de patientèle hospitalière ont été étudiés en recherchant le « bassin principal » dans lequel se concentrent au moins 75 % des patients du centre hospitalier : les résultats concordent avec ceux de la cartographie « médecine libérale », et ces territoires constituent dès lors la base des territoires de CPTS.

A partir de cette cartographie, les contacts sont pris avec les professionnels d'un territoire « projet » et une réunion locale de l'ensemble des professionnels est organisée par l'URPS et l'ARS. La pertinence de la cartographie y est validée directement avec les professionnels du terrain, et l'opportunité d'organiser l'offre de soins sur le territoire via la démarche CPTS leur est présentée avec ses objectifs : gagner du temps médical, fluidifier les parcours, renforcer la représentation des professionnels libéraux vis-à-vis des partenaires, notamment les établissements hospitaliers. L'articulation des divers outils de la loi de 2016 leur est également expliquée.

Dès lors qu'une petite équipe de porteurs de projet peut se dégager, un accompagnement d'ingénierie de projet (financement ARS) est proposé par l'URPS-ML et la fédération régionale des URPS pour franchir les différentes étapes pratiques de construction du projet : diagnostic territorial, identification des besoins et définition des réponses aux problèmes identifiés, définition du projet de santé, recherche de financements, création d'une association et dépôt du projet à l'ARS.

A la fin du printemps 2018, cinq CPTS ont signé avec l'ARS et la fédération des URPS un contrat territorial de santé, quatre projets sont à un stade très avancé et huit sont en cours de réflexion.

A l'inverse, des porteurs de projet ont témoigné des difficultés rencontrées dans certaines régions pour être entendus et accompagnés. Les acteurs regrettent l'absence de correspondant stable et hiérarchiquement mobilisé/responsabilisé sur le sujet. Les délais d'instruction peuvent être supérieurs à six mois sans que la qualité du projet semble le justifier, contribuant ainsi à la longueur de la période préparatoire à la mise en œuvre des projets.

Sur le fond, et à quelques exceptions près, les services des ARS perçoivent souvent mal le levier que les CPTS peuvent constituer pour la solution des problèmes territoriaux de prise en charge, et la place spécifique que ce mode d'exercice peut occuper par rapport aux MSP ; par défaut, elles sont tentées de répliquer les logiques de projet de création des MSP auxquelles elles sont habituées.

Au plan stratégique, les PRS se saisissent inégalement du sujet. Les Schémas régionaux de santé (SRS) 2018-2022 traduisent ces diverses compréhensions par les agences de l'enjeu que constituent les CPTS comme réponse aux défis posés par le diagnostic régional (défaut de coordination, inégalités d'accès suivant les territoires, fragilité du lien ville-hôpital). La mention des CPTS peut ainsi aller de leur intégration à la stratégie régionale comme levier de transformation de l'organisation de l'offre de soins à la simple évocation disciplinée des dispositifs créés par la loi du 26 janvier 2016, voire au quasi oubli, tel le cas d'un schéma régional qui ne mentionne les CPTS qu'au paragraphe « médecine d'urgence » au titre de leur contribution à la bonne utilisation des services hospitaliers d'urgences...

2.4 Le soutien financier de l'exercice coordonné en CPTS est très modeste

2.4.1 Le financement des CPTS par le FIR reste extrêmement modeste (de l'ordre de 500 000€ en 2017)

Les budgets des projets de CPTS sont compris entre 20 000 et 150 000€, en fonction du territoire et du nombre de missions du projet de santé des CPTS. Ces budgets recouvrent des frais de nature diverse :

- le défraiement des professionnels de santé qui se mobilisent pour élaborer le projet de santé, puis pour mettre en œuvre ses actions ;
- pour certains, le recours à des prestataires externes pour l'appui méthodologique et juridique à la conception des CPTS ;
- les salaires des coordonnateurs des CPTS - en effet, les porteurs de projet de CPTS alertent sur le risque d'épuisement de la dynamique si les tâches administratives liées à la CPTS (organisation des réunions, secrétariat, suivi des actions du projet de santé, ...) ne sont pas assurées par un personnel dédié ;
- des frais divers (communication, location de salles, frais de bouche pour les réunions, etc.) ;
- pour certains, des frais de nature immobilière ou des demandes d'investissement informatique ;
- ponctuellement, des frais de formation des professionnels de santé.

A ce jour, le soutien financier des ARS aux CPTS est extrêmement modeste. A partir des données remontées par les ARS, la mission estime qu'en 2017 environ 500 000€ ont soutenu l'ingénierie de projets de CPTS ; en 2018, elle anticipe un ordre de grandeur de 1 ou 1,5 million d'euros consacrés aux CPTS. Ce montant est à rapprocher des 150 millions d'euros octroyés, hors PTA, aux réseaux en 2016.

Selon les régions, l'aide à l'élaboration du projet de CPTS est comprise entre 7 000€ et 50 000€. Seules quelques ARS ont défini et affiché une doctrine d'accompagnement financier des CPTS. En Grand Est, cet accompagnement prévoit un forfait de 15 000€ pour une aide méthodologique pour la conception du projet de CPTS, avec un complément de 5 000€ pour une assistance au montage juridique ; il est envisagé un financement d'amorçage d'un montant maximum de 100 000€ sur 3 ans, avec un complément de 60 000€ pour la prise en charge des soins non programmés. En Centre-Val de Loire, l'ARS attribue entre 23 000€ et 50 000€ pour financer « l'amorçage » d'un projet, le conseil régional apportant un soutien à hauteur de 20 000€.

Mais il s'agit de financement d'amorçage et la pérennité du financement de la CPTS n'est actuellement pas organisée au-delà de la signature de la convention avec l'ARS, hormis le cas échéant pour des actions spécifiques, par exemple de santé publique pour lesquelles les crédits sont identifiés au sein du FIR⁵⁵. La notion de fongibilité est spécifiquement prévue par les textes entre les secteurs sanitaire et médico-social, mais non pour les projets de transformation concernant les relations ville-hôpital. Les redéploiements menés à partir des réseaux de santé sont orientés sur d'autres types d'actions, telles les PTA, l'aide à l'installation de MSP et des jeunes médecins.

2.4.2 Depuis 2017, l'Assurance maladie incite financièrement les professionnels de santé à adhérer à une CPTS

Comme en atteste l'encadré n°6, la plupart des conventions signées depuis 2016 par l'UNCAM avec les professionnels de santé libéraux prévoient une incitation financière à la participation à une forme d'exercice coordonné : les médecins, pharmaciens⁵⁶, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes peuvent toucher un forfait annuel d'un montant de 100€ à 400€ au titre de la participation à une équipe de soins primaires, à une CPTS ou MSP. Ainsi, au total, en 2017, les médecins ont été indemnisés par ce biais à hauteur de 950 000€ pour leur participation à l'exercice coordonné⁵⁷.

Le montant de ces incitations financières est très modeste. Elles peuvent toutefois envoyer un « effet-signal » et contribuer à faire connaître les modes d'exercice coordonné aux professionnels de santé.

Par ailleurs, ces incitations financières sont conditionnées au respect de critères d'équipement informatique. Sauf à considérer que l'indemnisation des professionnels de santé vise à favoriser l'équipement informatique des ESP, CPTS ou MSP, ce schéma s'explique difficilement. Par ailleurs, on peut s'interroger sur la valorisation financière de la participation à une MSP, sachant que les MSP sont financièrement soutenues par ailleurs dans le cadre de l'ACI.

Au-delà des incitations financières, le rôle de la CPTS dans l'organisation des soins ambulatoires a été mis en avant dans l'avenant à la convention médicale sur la télémedecine⁵⁸, qui permet aux patients d'accéder à la téléconsultation dans le cadre d'une CPTS lorsqu'ils n'ont pas de médecin traitant.

⁵⁵ Article L1435-9 du Code de la santé publique : « Au sein du fonds sont identifiés : a) les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des traumatismes et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ; b) etc. »

⁵⁶ Les pharmaciens ne sont intéressés financièrement qu'à la participation à des ESP, et non aux CPTS ou aux MSP.

⁵⁷ 7082 médecins généralistes et 1983 médecins spécialistes ont touché un forfait de 105€. On peut supposer qu'il s'agit essentiellement de médecins exerçant en MSP.

⁵⁸ Avenant n°6 signé en juin 2018.

Encadré 7 : La valorisation de la participation à un exercice coordonné dans les conventions signées entre l'UNCAM et les professionnels de santé libéraux

Depuis la convention médicale de 2016, les **médecins** qui participent à des démarches de soins coordonnés, notamment l'adhésion à une ESP ou à une CPTS, peuvent percevoir un financement dans le cadre du deuxième volet du forfait structure. En 2017, le financement annuel s'élevait à 105€⁵⁹. Pour pouvoir toucher cette rémunération, le médecin doit remplir l'ensemble des objectifs du volet 1 du forfait structure (5 objectifs relatifs à ses outils informatiques).

Les **pharmaciens** peuvent toucher 280€ (jusqu'à 420€ en 2019) s'ils adhèrent à une équipe de soins primaires. En revanche, leur participation à une CPTS n'est pas valorisée financièrement (avenant n°12 à la convention médicale signé le 21 novembre 2017).

Les **masseurs-kinésithérapeutes**, les **sages-femmes** et les **chirurgiens-dentistes** sont rémunérés 100€ pour la participation à une ESP, une CPTS ou une MSP⁶⁰. Ce financement n'est possible que si le professionnel touche par ailleurs le forfait de modernisation (490€ pour aider à la modernisation et à l'informatisation).

En revanche, le dernier avenant de la convention des orthoptistes signé en avril 2017 ne prévoit pas de valorisation financière pour la participation à un exercice coordonné.

2.5 Jusqu'à une période récente, les systèmes d'information se sont développés sans vision d'ensemble de l'outillage nécessaire à l'exercice coordonné

2.5.1 Le déploiement et l'usage des « outils socles » nationaux sont très progressifs

En matière de système d'information, fondamentalement, l'exercice coordonné repose sur deux outils « de base » et deux exigences fonctionnelles :

- un outil permettant de consulter et d'actualiser « toujours et partout » le dossier du patient, et d'en échanger les contenus selon des protocoles cohérents avec les responsabilités des différentes professions de santé : c'est le Dossier médical partagé (DMP) ;
- un outil d'échange d'informations entre professionnels de santé, y compris en interprofessionnel, et entre ville et hôpital : la Messagerie sécurisée de santé (MSSanté) ;
- la sécurisation des données et des échanges, et l'intégration maximale avec les outils métiers des professionnels.

Le déploiement du DMP a été accéléré en 2016, notamment grâce à la mise en place d'une gouvernance dédiée et coordonnée, sous l'égide de la CNAM, ce qui permet une stratégie d'ensemble cohérente.

La stratégie vise dans un premier temps la création en masse des DMP et l'équipement des professionnels libéraux et hospitaliers en logiciels DMP-compatibles. En mai 2018, 1,2 million de DMP avaient été ouverts, dont plus de 500 000 dossiers depuis un an dans les neuf sites pilotes retenus, soit deux fois plus que l'année précédente. L'ouverture des dossiers demeure cependant progressive : la CNAM prévoit l'entrée en phase de généralisation nationale en octobre 2018, avec un premier palier à 2,3 millions de dossiers à la fin d'année 2018 (soit 3,5 % de la population française). A ce jour 70 % des hôpitaux ont un logiciel DMP compatible⁶¹.

⁵⁹ Valorisé progressivement jusqu'à 405€ en 2019.

⁶⁰ Respectivement par l'avenant n°5 de novembre 2017, l'avenant n° 4 de juin 2018 et la convention nationale de juin 2018.

⁶¹ Source : atlas des systèmes d'information hospitaliers, 2018.

Dans un second temps, la stratégie vise le développement accéléré de l'usage du DMP, qui demeure encore très faible : seuls 20 % des établissements hospitaliers chargent des comptes rendus d'hospitalisation sur le DMP ; l'étape de présérie du DMP montre que la majorité des professionnels de santé libéraux n'ont pas un usage quotidien du DMP, même si cet usage est en nette progression (en 2017, 45 000 DMP ont été alimentés, soit une hausse de 30 % sur un an)⁶². Afin de favoriser l'usage du DMP, la stratégie s'appuie sur l'alimentation par la CNAM des deux dernières années de consommation de soins, sur l'élaboration d'un plan d'actions en direction des établissements (hôpitaux et EHPAD) et sur l'accompagnement des professionnels de santé libéraux par l'Assurance maladie (conseillers informatique et services – CIS – et délégués d'Assurance maladie - DAM).

La MSSanté connaît également une accélération de son déploiement puisque le nombre de professionnels de santé abonnés a progressé au cours des six derniers mois de 78 %. Au 1^{er} avril 2018 le taux de professionnels libéraux équipés est de 22 % (près de 82 000 professionnels), auxquels il faut ajouter 75 000 abonnés à APICRYPT⁶³ (professionnels libéraux et établissements). En effet APICRYPT a intégré le 28 juin dernier l'espace de confiance MSSanté et devrait donc être progressivement interfacé. A l'hôpital, l'équipement est un peu plus important (31 % des établissements de santé en sont équipés), mais globalement le nombre de professionnels de santé utilisant la messagerie sécurisée reste trop modeste.

De fait, au moins jusqu'à une période très récente, l'accompagnement des professionnels à l'usage de la messagerie sécurisée restait encore insuffisant, alors même que la difficulté principale n'est pas d'outiller les acteurs, mais de les accompagner dans les changements de leurs pratiques induits par ces outils.

Enfin, le découplage entre ville, hôpital et médico-social suppose des systèmes d'information qui permettent la communication des professionnels des trois secteurs. Il faut de ce point de vue souligner le retard, d'équipement, d'organisation et de pratique du secteur médico-social, en partie en raison de moyens insuffisants.

2.5.2 Les professionnels développent localement des systèmes d'information sans disposer d'un cadre de cohérence

Les professionnels de santé rencontrés par la mission ont exprimé une demande forte d'outils de partage et d'échange de données : dossier partagé, messagerie sécurisée, messagerie instantanée, prise de rendez-vous en ligne, annuaire et répertoires communs, prescription électronique. Ils expriment le souhait que ces outils répondent aux obligations de mobilité de certaines professions (infirmiers notamment), soient accessibles sur ordinateur comme sur téléphone, ergonomiques et notamment directement compatibles avec leur logiciel métier (afin d'éviter les ruptures pour l'utilisateur). Ils sont en attente de solutions immédiatement opérantes.

En réponse à ces attentes qu'ils estiment non satisfaites, divers acteurs (éditeurs, professionnels de santé, eux-mêmes ou *via* des organisations professionnelles) développent dans les territoires de nombreux outils, et la plupart des projets de CPTS examinés par la mission présentent un volet d'outil numérique ou de système d'information.

⁶² L'expérimentation a montré que les médecins spécialistes sont les premiers pourvoyeurs de données dans le DMP, avec l'implémentation de près de 65 % du total des documents ajoutés.

⁶³ Service de messagerie sécurisée en santé déployé depuis 1996 par la SARL APICEM.

En l'absence de cadre de cohérence explicite et partagé, et probablement d'une connaissance imparfaite des ressources existantes nationalement ou sur d'autres territoires, ce foisonnement ne répond pas toujours, ou seulement partiellement, aux impératifs fondamentaux de sécurité et de d'interopérabilité, avec le DMP et la MSSanté notamment.

Confrontées à cette situation, plusieurs ARS ont fait le choix de ne pas financer les outils informatiques à ce stade, en l'attente du programme e-parcours-(cf. *infra* 2.5.3).

D'autres encouragent l'utilisation des outils développés dans leur région dans le cadre du programme TSN (cf. encadré TSN en 2.5.3). C'est notamment le cas en Nouvelle Aquitaine où TSN a permis la constitution d'une PTA et la production de Globule-Paaco, outil mis avec succès à la disposition des professionnels

Encadré 8 : Globule-Paaco

Né de la volonté des infirmiers de sécuriser leurs échanges entre eux et avec les médecins traitants, Globule-Paaco est également devenu l'outil des projets PAERPA en Nouvelle Aquitaine, puis celui des professionnels de santé et de la PTA du département des Landes (400 000 habitants). C'est à la fois un logiciel collaboratif pour les professionnels intervenant dans la prise en charge et un logiciel métier pour les professionnels de la coordination.

Disponible en mode Web et en mobilité sur smartphones et tablettes, il a pour fonctionnalités principales :

- de suivre, coordonner et planifier la prise en charge des parcours de santé ;
- de partager un dossier patient regroupant les principales informations nécessaires à la coordination ;
- de communiquer au sujet d'un patient sous forme de messages écrits, de notes vocales, de partages de photos et de documents (SMS sécurisés) ;
- de saisir et d'organiser des documents métiers ;
- de saisir un Plan Personnalisé de Santé et un Plan de Service Individualisé ;
- de notifier des alertes et des tâches, de suivre et organiser l'activité d'une structure de coordination ;
- de renforcer les liens ville-hôpital par une interface avec le logiciel ;
- de réaliser des actes de télé expertise.

Il est :

- disponible en mobilité pour les professionnels intervenant par exemple au domicile des patients ;
- utilisable par les professionnels quelle que soit la situation de coordination et les structures y participant ; le groupe de professionnels intervenant habituellement auprès d'un patient peut être élargi de manière simple (par exemple à un psychiatre ou un agent de service d'aide à domicile), et le dossier de coordination se constitue au fur et à mesure des échanges ;
- interfacé avec les grands outils nationaux (DMP, répertoire des ressources) et les centres hospitaliers et des structures sociales et médico-sociales.

Cet outil et la PTA, déployés dans le cadre du programme TSN ont permis de réorienter les prises en charge en privilégiant les soins de ville et le maintien à domicile. L'interface avec l'hôpital et la mise en commun des informations des différents professionnels sécurise le parcours à la sortie de l'hôpital. Les médecins traitant jouent leur rôle en matière de coordination, et les pharmaciens peuvent exercer leurs compétences en matière de conciliation médicamenteuse. De fait le nombre de passages aux urgences de l'hôpital de Mont de Marsan n'a pas progressé en 2017.

Plus de 15 000 utilisateurs, dont 8000 professionnels (80 % des médecins généralistes des Landes) et 175 établissements et services utilisent aujourd'hui Globule-Paaco pour accompagner 120 000 personnes. L'animation du dispositif Globule-Paaco est désormais assurée par les professionnels eux-mêmes, à travers une association sous la responsabilité d'un médecin.

2.5.3 Le programme e-parcours devrait être réorienté et permettre d'outiller les CPTS

Le programme e-parcours, lancé en mars 2017 a pour objet d'accompagner la mise en œuvre des services numériques territoriaux d'appui à la coordination. Il capitalise sur le programme TSN (cf. encadré ci-dessous) et est doté de 130 millions d'euros pour la période 2017-2021.

Encadré 9 : Le programme Territoires de soins numériques

Le programme TSN, décidé dans le cadre du Programme d'investissements d'avenir, a eu pour objectif de faire émerger des organisations innovantes de prise en charge coordonnée des patients, renforcées par un bouquet de services numériques intégrés et utilisés au quotidien par les professionnels et les patients. Il a fait l'objet d'un financement de quatre-vingt millions d'euros sur la période 2014-2017, dans cinq régions⁶⁴, le travail de capitalisation de fin de programme par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) et l'ASIP Santé (non encore achevé) devant permettre de tirer des enseignements pour une large diffusion aux autres régions. Il a de fait constitué un laboratoire d'expérimentation des PTA.

Les ARS pilotes devaient mobiliser l'ensemble des acteurs et des industriels autour de ces nouvelles organisations et de leurs nouveaux services numériques, et les déployer sur un territoire de leur choix d'environ 300 000 habitants. Certaines régions ont privilégié la logique d'usage, la réponse rapide à des problèmes opérationnels de coordination et l'adhésion des professionnels pour un usage rapidement généralisé, gage d'un vrai résultat en matière de coordination concrète : c'est le cas de l'outil Globule-Paaco en Aquitaine (cf. encadré ci-dessus). D'autres, telles l'Ile-de-France avec Terr-eSanté, ont cherché, de manière plus structurante, à intégrer les services dans les logiciels métier des professionnels de santé et à développer un cadre d'interopérabilité, quitte à en retarder la mise en œuvre opérationnelle.

Plusieurs enseignements sont tirés, notamment en termes d'interopérabilité⁶⁵. Sur les services « socles » - accès à la plate-forme et services transverses pour la coordination tous cas d'usage - la majorité des projets TSN proposent des interfaces d'intégration de ces services aux logiciels métier, ce qui contribue fortement à l'ergonomie de l'outil en supprimant doubles saisies et rupture d'accès par rapport à une solution « portail web », donc favorise son utilisation effective. Sur les services « métier » - notamment la maintenance des données du patient, les outils de repérage et d'organisation des parcours, les services spécifiques au patient - le niveau d'intégration est inférieur (service accessible via un portail web mais avec renvoi par le logiciel métier lui-même à la page adéquate du portail).

La nécessité d'une intégration la plus forte possible des services développés dans les outils des professionnels de santé, d'une accessibilité du DMP depuis les outils, ou encore l'intérêt d'intégrer la e-prescription ou les agendas partagés sont apparus. L'expérience du territoire de l'Aquitaine a aussi illustré l'importance d'être en capacité d'élargir rapidement le territoire d'expérimentation, lorsque l'usage de l'outil se développe.

Le programme a été initialement conçu avec une logique très encadrée⁶⁶, en ciblant l'outillage des PTA sur quelques territoires au sein de chaque région, d'une taille de 300 000 habitants minimum, excluant ainsi du programme l'outillage des CPTS.

Une nouvelle instruction de la DGOS à paraître devrait le réorienter pour mieux tirer parti du programme TSN et de ses enseignements, et permettre l'accessibilité des outils aux CPTS, leur financement étant conditionné à une interopérabilité avec les services nationaux socles tels que le DMP et les messageries sécurisées.

⁶⁴ Aquitaine, Franche-Comté, Ile-de-France, Océan Indien et Rhône-Alpes.

⁶⁵ Voir « Retours d'expérience et enseignements en matière d'interopérabilité- Cadre technique d'intégration et démarche de capitalisation- Programme TSN », ASIP Santé, 2018.

⁶⁶ 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.

Une liste de services socles permettant aux professionnels de santé de se coordonner a été établie :

- des fonctions permettant la sécurité et la cohérence : fonctions d'authentification, de gestion des habilitations et de sécurité, annuaires des professionnels et des structures (tels que les répertoires opérationnels des ressources (ROR)), identification des patients au moyen du NIR,
- des services nationaux de partage et d'échange : DMP (et DP⁶⁷) et messageries sécurisées,
- des documents de nature médicale ou médico-sociale « de liaison », c'est-à-dire le socle informationnel de la coordination : lettres de liaison et comptes rendus hospitaliers ; volets de synthèse médicale ; dossiers de liaison urgences ; comptes rendus d'examens ; e-prescription ; carnets de vaccination en ligne,
- des fonctions d'infrastructure.

Ces services, avec des cibles d'usage, seraient intégrés dans les outils locaux pour bénéficier des financements⁶⁸. Cette démarche, davantage orientée vers les services rendus aux professionnels que sur l'infrastructure, par nature longue et complexe à faire évoluer, présente en outre, par rapport à une logique de cadre impératif d'interopérabilité qui s'imposerait à tous, l'avantage d'une certaine souplesse autorisant des adaptations et des initiatives.

⁶⁷ Dossier pharmaceutique.

⁶⁸ Ces travaux s'appuient notamment sur les publications de l'ANAP, par exemple « Organisations territoriales au service de la coordination- tome 1 : construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes », 2017.

3 PROPOSITION D'UNE STRATEGIE DE DEPLOIEMENT

Les transformations démographiques, technologiques, sociales et sanitaires de notre société et ses exigences de qualité et d'accessibilité à la santé rendent aujourd'hui impérieuse et urgente une transformation de la prise en charge médicale des patients et des populations : plus de domicile et d'ambulatoire, moins d'hospitalier ou de séjour en institution. Et aujourd'hui la clé de cette transformation, équivalente à celle du milieu du XXème siècle qui a révolutionné l'hôpital, c'est la médecine de ville et sa capacité à prendre en charge de manière organisée patients et populations.

Les professionnels eux-mêmes, et notamment les médecins, vivent difficilement cette situation de crise – au sens où la crise est la phase de transition entre deux états. Les symptômes de cette crise sont bien connus : déformation de « l'autorité médicale », diffusion des connaissances parfois vécue comme déqualifiante, cloisonnement du parcours patient qui fragmente aussi l'intervention des professionnels et dévalorise l'exercice médical, mauvaise gestion du temps médical et dégradation de la qualité au travail, isolement, déclin de l'attractivité etc.

Compte tenu des principes qui régissent la médecine de ville dans notre pays, l'adhésion et l'intérêt à agir – voire l'envie d'agir - des professionnels de santé sont des leviers essentiels de cette transformation. Ce besoin de mobilisation des professionnels doit être connu, qualifié et reconnu.

Pour sa part, la collectivité nationale, qui reconnaît cet engagement, est légitime à être raisonnablement assurée d'une amélioration visible et mesurable de la pertinence et de la qualité des prises en charge.

L'urgence de cette transformation, compte tenu des difficultés de natures diverses rencontrées sur de nombreux territoires, est réelle, tant pour la sécurité et la santé des patients, l'accessibilité aux soins et la bonne conduite du virage ambulatoire que pour l'intérêt et l'attractivité des métiers de la santé. Elle exige que les signes donnés, par les pouvoirs publics et les professionnels eux-mêmes, soient désormais ceux d'un réel basculement vers un exercice médical différent, respectueux à la fois des équilibres historiques entre médecine libérale et médecine salariée et de la nécessité de promouvoir les logiques interprofessionnelles et leurs outils, notamment le partage organisé des données et du dossier des patients.

Après plus de deux ans d'émergence de projets à l'initiative des acteurs de terrain, l'heure n'est donc pas à l'expérimentation mais à l'organisation d'un déploiement cadencé, constant, pragmatique et contrôlé.

C'est le sens des propositions que la mission exprime dans cette troisième partie.

3.1 Fixer une ambition et un cadre pour réunir les conditions de réussite des CPTS

3.1.1 S'appuyer sur les enseignements des deux années d'émergence de projets

La mission a identifié à leur examen cinq facteurs de réussite des projets de CPTS :

- Au départ un intérêt à agir pour la résolution pragmatique de problèmes au service de la population (mobilisation face au manque d'attractivité du territoire, organisation des soins non programmés, lien ville/ hôpital ou lien premier/deuxième recours,...)

Une telle motivation permet aux professionnels de santé, et en particulier aux médecins, d'identifier rapidement la valeur ajoutée de la CPTS pour leur pratique quotidienne. Cette approche permet, à

partir d'un ou de quelques sujets concrets, d'inclure le maximum de professionnels de santé, y compris ceux habitués à travailler de manière isolée, souvent plus difficiles à mobiliser.

➤ Un travail de diagnostic fondé sur une approche populationnelle et une analyse du territoire

Ce facteur n'est pas contradictoire avec le précédent, il le complète dans l'élaboration du projet. L'approche populationnelle constitue en effet une « marque de fabrique » des CPTS, par rapport à d'autres formes d'exercice coordonné fondées sur la patientèle, notamment équipes de soins primaires et MSP. Partir d'une analyse des besoins de santé du territoire accroît les chances de construire une réponse adéquate aux besoins de ce territoire et permet d'éviter la focalisation sur une ou quelques problématiques trop étroites. La mission a pu constater que les projets de CPTS fondés sur une approche populationnelle et une analyse du territoire étaient plus complets, plus fédérateurs et donc susceptibles de mobiliser un ensemble plus large de professionnels de santé.

➤ Le portage de l'initiative par des professionnels de santé ambulatoire

Par construction, le portage par les professionnels de ville oriente le projet sur la proximité et le suivi global au plus près du patient. Il n'a pas pour motivation, ni d'ailleurs pour effet en soi, d'exclure le monde hospitalier de ce suivi, notamment les hôpitaux locaux en zone rurale. Les exemples étudiés par la mission montrent qu'au contraire les services hospitaliers apprécient l'organisation en communauté des professionnels de ville, qui identifie en quelque sorte un « interlocuteur collectif » et facilite matériellement les échanges.

En termes de communication, le portage des projets par les professionnels de santé eux-mêmes, notamment la communication par les pairs, favorise l'adhésion d'un maximum de professionnels de santé.

A ce stade, la mission n'a d'ailleurs pas constaté que ces projets portés par les professionnels eux-mêmes soient organisés ni interprétés à aucun moment comme des initiatives « hostiles » aux établissements du territoire. Elle n'a pas non plus constaté que l'intégration précoce des acteurs médico-sociaux, des élus, et des usagers dans l'organisation des CPTS soit un facteur décisif de qualité du projet, dès lors que les établissements sont bien identifiés comme partenaires dans le cadre de la réponse au diagnostic posé, et que les élus et les usagers sont correctement informés, et le cas échéant associés, au projet.

➤ L'impulsion et l'accompagnement d'une logique interprofessionnelle forte

La CPTS est par nature interprofessionnelle puisqu'elle engage la participation des différentes professions qui interviennent dans le parcours du patient : médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens au cœur de l'équipe de soins primaires et des soins quotidiens, mais également médecins spécialistes, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, biologistes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures-podologues, voire transporteurs sanitaires. Ils sont associés aux projets (ou à l'initiative des projets) en fonction des problématiques traitées, mais l'essentiel est la mise en réseau de l'ensemble de ces acteurs sur un territoire, et leur travail en équipe au service des patients. Les professions les moins nombreuses (par exemple les pédicures-podologues ou les orthoptistes) sont particulièrement volontaires pour l'exercice coordonné et les CPTS, qui contribuent à les identifier et les faire connaître de leurs collègues.

Le rôle des URPS, et spécifiquement de l'URPS médecins pour mobiliser les autres unions régionales autour d'objectifs fédérateurs, est à cet égard déterminant. La mission a constaté que le maintien d'une fédération régionale des URPS ou l'association plus ou moins formalisée de l'ensemble des URPS – elle-même représentative d'une volonté collective – est un élément catalyseur significatif.

➤ L'identification d'un porteur de projet rapidement soutenu et accompagné

Comme l'initiative de la communauté professionnelle territoriale de santé revient aux professionnels de santé, l'émergence d'une CPTS suppose l'engagement d'un (ou de) porteur(s) de projet. La mission a constaté que ces derniers parviennent à dépasser l'échelle de l'engagement militant et à éviter l'épuisement lorsqu'ils sont soutenus et accompagnés de manière simple, proche, et dans la durée.

Cet accompagnement, non exclusivement financier, soutient le ou les porteurs de projet sur les sujets d'aide à l'analyse et à la définition du territoire (cf. encadré 6 *supra* 2.3.2 : exercice de cartographie impulsé en région Centre-Val de Loire), de priorisation des actions de la CPTS, de statut juridique et de gestion, d'organisation de la communication sur le projet de santé etc.

Il est d'autant plus efficace qu'il est porté par les pairs. De ce point de vue, la qualité de l'alliance entre l'ARS et les URPS, au premier chef l'URPS médecins, la capacité de l'ARS à déléguer aux URPS la position d'interlocuteurs directs et d'animateurs auprès des professionnels et celle des URPS à s'en emparer ensemble paraissent déterminantes.

3.1.2 Fixer au niveau national et réglementaire l'ambition et le cadre général de l'exercice en CPTS

La mission a pu constater une quasi-unanimité des acteurs sur la nécessité aujourd'hui d'un encadrement des CPTS.

Dans le cadre de la préparation de la loi du 26 janvier 2016, les organisations professionnelles avaient souhaité que la création des CPTS donne le signe d'une rupture avec la pratique traditionnelle d'application des lois par l'administration, estimée par elles excessivement lourde et exclusivement « descendante ». De fait la loi ne prévoit en effet l'intervention de l'État via les ARS qu'en cas de carence, et il faut noter qu'aucune validation – notamment du projet de santé – n'est requise pour la création d'une CPTS. Le dialogue entre ARS et porteur(s) de projet ne s'impose que si la CPTS en cours de construction sollicite des moyens de l'État.

Ainsi que ce rapport le mentionne *supra*, un dispositif nouveau d'animation aurait pu être mis en place. De fait, aujourd'hui, l'absence de règles, de référentiels ou au moins de repères, et d'outillage pèse sur un réel déploiement des communautés, et les écarts de pratiques d'une région à l'autre sont excessifs et ne peuvent pas s'expliquer uniquement par les différences de contexte. L'ensemble des acteurs – des professionnels eux-mêmes aux services de l'État – souhaitent donc la mise au point d'un cadre propre à guider et à soutenir les porteurs de projet puis les communautés elles-mêmes, et à garantir un minimum d'homogénéité de traitement sur l'ensemble du territoire national.

La mission a recueilli au cours de ses auditions et de ses déplacements des avis divergents sur le caractère obligatoire que devrait revêtir la création des CPTS (et sans doute l'adhésion des professionnels) en tout point du territoire, et sur le caractère impératif des missions qui devraient leur être assignées. Au-delà des questions de réalisme opérationnel, la mission considère que l'adhésion et le volontariat doivent rester au cœur du déploiement des CPTS. Elle considère également – cf. *infra* – que le caractère impératif des missions doit être adapté et proportionné à la situation territoriale. C'est pourquoi elle propose que, à l'intérieur d'un cadre partagé ou contractualisé exigeant (3.1.2.1 et 3.1.2.2), des marges de souplesse réelles et consistantes soient données aux acteurs de terrain (3.1.2.3 et 3.1.2.4).

3.1.2.1 Un objectif de politique publique pourrait être partagé entre les professionnels et la puissance publique

La mission propose qu'une concertation entre la puissance publique (État, Assurance maladie) et les professionnels de santé (organisations professionnelles) fixe un objectif commun relatif aux CPTS. La formulation suivante pourrait servir de base à la concertation :

« A terme - à fixer par la concertation, la mission considérant qu'une échéance de cinq ans avec un bilan d'étape national public à deux ou trois ans pourrait être un point de référence - tout patient doit pouvoir accéder à un parcours de soins organisé. La CPTS est l'organisation de référence des parcours ambulatoires.»

Compte tenu des éléments de dimensionnement généralement admis et précisés *infra*, on peut estimer qu'une cible raisonnable à cinq ans pourrait être le fonctionnement effectif d'un millier de CPTS sur l'ensemble du territoire.

Recommandation n°1 : Fixer un objectif politique partagé entre les professionnels et la puissance publique qui pourrait être formulé ainsi : « à terme, tout patient doit pouvoir accéder à un parcours de soins organisé. La CPTS est l'organisation de référence des parcours ambulatoires. »

3.1.2.2 Un cadre fixant des attendus pourrait être défini

L'ambition de l'exercice interprofessionnel en CPTS pourrait être précisée et encadrée par décret.

- Une CPTS réunit des professionnels de santé de ville du premier et du second recours, pour organiser la fluidité des parcours des patients. A cette fin, elles organisent des actions de prévention, la coordination entre le premier et le second recours et le lien ville/ hôpital dans le cadre d'un projet de santé :
 - fondé sur une analyse des besoins de santé du territoire ;
 - et qui a vocation à prendre en charge, au moins à terme, les priorités de santé de son territoire, de manière cohérente avec le projet régional de santé et les contrats territoriaux ou locaux de santé.

Cette responsabilité populationnelle distingue les CPTS des équipes de soins primaires (ESP) qui, composées de professionnels du premier recours, assurent en proximité les interventions de premier recours et la continuité de prise en charge de patientèles spécifiques. Les CPTS regroupent donc un nombre de professionnels de santé significativement plus important que les ESP. Les ESP, et les MSP, peuvent constituer des points d'appui pour la constitution des CPTS. A l'inverse, la dynamique de création de CPTS peut aussi conduire à la création d'ESP.

La responsabilité populationnelle de la CPTS implique aussi l'existence d'une seule CPTS par territoire. En revanche, les professionnels, et notamment ceux du second recours, peuvent être membres de plusieurs CPTS. L'organisation des professionnels en CPTS respecte le libre choix des patients. Elle constitue pour eux une garantie d'accès aux soins, de fluidité de leur parcours, et de prise en charge de fonctions supplémentaires par les professionnels de santé (notamment la prévention et l'éducation thérapeutique).

- La CPTS est organisée et fonctionne de manière interprofessionnelle, ce qui contribue à l'amélioration du cadre d'exercice des professionnels de santé.

Le caractère interprofessionnel effectif devrait constituer un impératif de la CPTS, notamment entre les professionnels du premier et du second recours. En effet, le travail en équipe interprofessionnelle est un levier indispensable de bonne organisation des tâches entre professionnels de santé et d'utilisation du temps médical, au bénéfice des patients mais également des professionnels eux-mêmes.

De ce point de vue, l'étendue des thématiques traitées par la CPTS permettra l'engagement des différentes professions, par exemple l'éducation thérapeutique ou la chimiothérapie orale qui intéressent tout particulièrement les pharmaciens, le suivi des personnes atteintes de pathologies chroniques pour les infirmiers, les thématiques de prévention pour les personnes atteintes de diabète susceptibles de mobiliser les pédicures-podologues etc.

La fluidité de la circulation de l'information, notamment grâce à l'utilisation commune d'outils nationaux (notamment DMP et messageries sécurisées) constitue également un levier essentiel de dynamique interprofessionnelle et d'optimisation des temps professionnels.

Enfin, une bonne articulation des positionnements et des fonctionnements respectifs des CPTS et des PTA devrait être organisée. Les PTA (cf. *supra* 2.1.2) ont vocation à prendre en charge la gestion des cas complexes – notamment lorsque les situations ont une dimension sociale ou médico-sociale marquée - au service des professionnels (et en tant que besoin aux patients eux-mêmes ou à leurs aidants). L'objectif de convergence des dispositifs d'appui mériterait d'être clairement réaffirmé, afin de donner de la lisibilité aux professionnels de santé (et aux patients). La participation des CPTS, ou des professionnels de santé la constituant, à la gouvernance des PTA de leur territoire permettrait aussi de favoriser l'utilisation du dispositif par les professionnels.

➤ De manière générale, les CPTS sont attendues sur :

- la continuité des soins et l'organisation des soins non programmés ;
- l'égalité d'accès aux soins : les CPTS pourraient être reconnues en tant que telles comme médecin traitant dès lors que le partage d'information des données patient – notamment le dossier médical du patient (DMP) – serait organisé et outillé. Elles seraient aussi une modalité d'accès aux téléconsultations ;
- la prise en charge de certains publics fragiles en fonction du diagnostic territorial (personnes âgées, enfants et adolescents, personnes en situation de précarité,...) et la coordination avec les objectifs et projets en matière de santé mentale, notamment *via* les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ;
- l'amélioration de la qualité des soins, notamment le suivi spécifique de certaines pathologies chroniques (ex : diabète, pathologies cardio-vasculaires) en lien avec l'hôpital et/ou les ESMS (Etablissements et services médico-sociaux) ;
- la prévention et l'éducation thérapeutique en réponse aux besoins ressortant du diagnostic établi préalablement au projet de santé ;
- la garantie d'une organisation de l'accès au second recours et la capacité à organiser collectivement, avec les établissements, le retour (ou le maintien) à domicile des patients ;
- l'organisation d'une réelle dynamique interprofessionnelle avec l'instauration de délégations de tâches, des réflexions et des actions d'amélioration de la pertinence des actes, une optimisation du temps médical respectueuse des qualifications et des métiers ;
- la mise en place des outils informatiques « socles » de la coordination (comportant notamment le dossier médical partagé du patient (DMP) et la messagerie sécurisée (MSSanté)) ;

- la contribution à la formation initiale des professionnels de santé par l'accueil d'étudiants, ainsi que la formation interprofessionnelle continue et les échanges de pratiques ; à ce titre elles pourraient à terme, et sous des formes à étudier, être opérateurs du DPC, et, en fonction du contexte, être un acteur de la recherche universitaire.

La mission recommande que les attendus soient exprimés, de la part de l'État donc des ARS, en termes d'objectifs et de garanties de services, de qualité, ou d'accessibilité pour les citoyens au niveau du territoire. La CPTS est alors garante de l'atteinte de ces objectifs ou du maintien de ces garanties, même lorsqu'elle n'en assure pas directement la mise en œuvre.

Deux exemples illustrent cette nuance, qui peut être importante pour les équipes projet : la mission a constaté que, pour certains territoires de projets de CPTS, l'accès aux soins non programmés est déjà assuré, soit par une organisation déjà établie entre les médecins eux-mêmes, soit par la ou les MSP du territoire. Il peut alors suffire que le contrat avec l'ARS valide cette organisation. Un autre exemple est celui de l'organisation de l'accès au second recours qui, selon les territoires, les organisations déjà en place ou les spécialités, peut être ou non un élément critique de l'accès aux soins.

Plus qu'une liste nationale exhaustive et limitative des missions obligatoires des CPTS, un « programme minimal cible garanti » pourrait donc être établi, à partir des attendus énumérés au point précédent, à charge pour le projet de CPTS de le prendre en compte, immédiatement ou progressivement. Il semble aller de soi, par exemple, que la garantie d'un accès aux soins non programmés, avec deux indicateurs suivis au niveau national – l'un de moyens, l'autre d'impact sur la fréquentation des services d'urgences - pourrait faire partie de ce « panier minimal ».

Dans le tableau présenté à la page suivante, la mission a illustré les missions que pourraient progressivement prendre en charge les CPTS, avec des exemples d'actions et de partenaires. Cette présentation ne prétend pas à l'exhaustivité.

Tableau 1 : Exemples d'actions et partenariats que pourraient développer les CPTS

Objectifs	Missions	Exemples d'actions	Exemples de partenaires
RESPONSABILITÉ DE SANTE PUBLIQUE	Prévention	Ateliers de prévention, actions d'éducation thérapeutique, dépistages et vaccins, ...	Services de PMI, de médecine scolaire, de médecine du travail, coordonnateur(s) CLS
MEILLEURE ORGANISATION DE LA MEDECINE AMBULATOIRE	Concertation pluri professionnelle	Organisation de réunions pluri professionnelles	
	Délégations de tâches et développement des pratiques avancées	Application de protocoles ; accueil d'infirmiers de pratiques avancées ou Asalée	
	Communication fluide entre professionnels de santé	Mise en place d'outils d'échange et de partage de données ; sessions communes d'utilisation des outils	Hôpital et établissements ou services médico-sociaux
ACCES AUX SOINS	Soins non programmés et continuité des soins	Créneaux de consultation d'urgence ; permanences ; outils (agenda, réseaux,...)	Services d'urgences
	Prise en charge de populations fragiles (personnes âgées, précaires, handicapées)	Accès au médecin traitant, appui pour les cas complexes, organisation de visites à domicile si nécessaire...	PTA Coordonnateur(s) CLS
ORIENTATION DES PATIENTS ET SUIVI DES PARCOURS	Lien 1 ^{er} / 2 ^{ème} recours	Planification des RDV, continuité, transfert d'informations	
	Lien ville/ hôpital/ médico-social	Organisation des entrées et sorties d'hôpital ou d'établissement ; maintien à domicile des personnes âgées	Assurance maladie (dispositif PRADO) HAD, SSIAD,...
	Lien avec la psychiatrie	Réunions régulières entre CPTS et acteurs de la psychiatrie	CLSM ⁶⁹
PERTINENCE DES SOINS	Amélioration continue des pratiques médicales	Suivi des pathologies chroniques, échanges sur la pratique médicale, en s'appuyant notamment sur les données de pratique médicale	Délégués de l'Assurance maladie et médecins conseil
FORMATION ET RECHERCHE	Formation initiale	Accueil de stagiaires	Universités/ CHU ; collectivités
	Recherche	Programmes de recherche, évaluation des actions	Universités/ CHU, ARS
	Formation interprofessionnelle	Harmonisation des pratiques, respect de l'obligation DPC	Hôpital (formations conjointes), URPS, ANDPC ⁷⁰
COMMUNICATION ET EVALUATION	Communication et évaluation	Communication auprès des élus et des usagers ; évaluation régulière par les patients	Conseils territoriaux en santé

Source : mission

⁶⁹ Conseils locaux de santé mentale.⁷⁰ Agence nationale du développement professionnel continu.

Recommandation n°2 : Définir au niveau national les impératifs que devront respecter les CPTS

Selon ce schéma, les CPTS devraient répondre à quatre grands impératifs :

- élaboration d'un projet de santé fondé sur une analyse de la population du territoire ;
- dimension interprofessionnelle effective ;
- utilisation des outils informatiques « socle » de la coordination ;
- garantie progressive et cadencée des attendus énumérés *supra*, exprimée dans le cadre du contrat avec l'ARS.

Recommandation n°3 : Clarifier l'articulation entre CPTS, ESP et PTA :

- **l'ESP assure la prise en charge d'une patientèle en proximité ;**
- **la CPTS est un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population ;**
- **la PTA intervient en tant que de besoin (des professionnels, des patients ou de leurs aidants) sur la gestion des cas complexes.**

3.1.2.3 Il n'est pas pertinent de tenter de normer la maille territoriale des CPTS

La mission préconise – surtout durant les trois à cinq prochaines années – de rester peu normatif sur les questions de dimensionnement des CPTS. En effet, les professionnels de santé sont en attente de souplesse pour s'organiser et coopérer sur les territoires qui correspondent aux bassins de vie de population et à leur consommation de soins.

En première approche, et toujours pour fixer quelques points de repères, on peut considérer que, sauf contexte particulier⁷¹, une CPTS « viable », c'est-à-dire en mesure de s'organiser dans la durée devrait couvrir entre 20 000 et 100 000 habitants et mobiliser potentiellement entre 50 et 300 professionnels de santé de premier et second recours. Au moins dans la première phase de déploiement, les projets qui s'écarteraient sensiblement de ces fourchettes ne devraient pas être exclus *a priori* mais examinés avec plus d'attention.

Cette référence de dimensionnement, que l'on peut qualifier à ce stade d'éléments de bonne pratique, pourrait être évaluée en cours de déploiement de manière à être ajustée et affinée si nécessaire.

3.1.2.4 La mission préconise de rester souple sur l'organisation et la gouvernance

Les CPTS sont pour les professionnels une organisation de nature opérationnelle et il importe, dans l'intérêt des patients eux-mêmes, qu'elles se mettent rapidement et massivement en place : la mission considère que la priorité absolue est que les professionnels de santé de ville, en particulier ceux qui exercent actuellement de manière isolée, se mettent en situation d'exercice coordonné organisé et outillé, ce qui est généralement pour eux une réelle transformation de l'exercice de leur métier. La simplicité au service de cette priorité et des résultats attendus est donc un impératif absolu.

⁷¹ Zones très peu denses, quartiers denses de très grandes villes ou DOM par exemple.

C'est pourquoi la mission préconise de ne pas fixer à ce stade de norme sur l'organisation et la gouvernance des CPTS, laissées à la main des professionnels de santé, pour autant que la CPTS soit bien une organisation interprofessionnelle au service des objectifs fixés. Les CPTS conserveraient ainsi leur caractère souple et la simplicité d'organisation souhaitée par les professionnels serait préservée. Ces éléments devraient plutôt faire l'objet de suivis et de rapprochements pour conduire progressivement à l'édition de bonnes pratiques, au niveau régional sous l'égide de l'ARS et des URPS, et au niveau national dans le cadre du dispositif de suivi (cf. *infra* 3.2.2.1).

Dès lors que le volontariat est la règle, et que le projet de santé intègre un diagnostic de territoire, les professionnels qui s'engagent dans la construction et le fonctionnement d'une CPTS ont tout intérêt à s'assurer l'aide et la coopération des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, qui sont pour eux des partenaires naturels et obligés, et il ne paraît pas opportun de prescrire par avance la nature de ce partenariat, ni dans un sens ni dans l'autre. Le tableau n°1 présenté *supra* illustre la nature partenariale de l'ensemble des actions des CPTS.

De même, si la présence de MSP au sein d'un projet de CPTS constitue un atout grâce à l'existence d'une fonction de coordonnateur et généralement à leur pratique du travail interprofessionnel, elle ne saurait constituer une condition à la validation d'un projet par l'ARS.

Par ailleurs, la loi du 26 janvier 2016 organise la démocratie territoriale en santé, avec, outre la CRSA (Conférence régionale de la santé et de l'autonomie), les conseils territoriaux⁷². Ces conseils territoriaux devraient être informés des projets de CPTS, de leur lancement effectif par la signature de la convention avec l'ARS et du projet de santé qui guide l'action de la communauté. Les équipes projet auront par ailleurs tout intérêt pour asseoir la portée et la légitimité de leur projet de santé, à solliciter les élus ou représentants d'usagers présents sur le territoire en mesure d'échanger avec elles sur le projet.

En fonction des configurations locales, d'autres formes de gouvernance régionale pourraient être imaginées. En Normandie, le déploiement des PSLA a donné lieu à la mise en place d'une gouvernance spécifique formalisée par une charte régionale (cf. encadré n°3, *supra* 2.2.1). Le comité de pilotage de la charte permet d'associer un large spectre de partenaires (URPS, fédération des MSP, représentants des ordres, représentants des usagers, élus, représentants du secteur social et médico-social...) pour établir et suivre la politique régionale.

Recommandation n°4 : Laisser le dimensionnement territorial, ainsi que l'organisation et la gouvernance des CPTS à l'initiative des porteurs de projets et des professionnels de santé.

⁷² De fait départementaux dans la grande majorité des cas

3.2 Fonder le déploiement sur l'accompagnement et l'évaluation permanente

3.2.1 Organiser un accompagnement rapproché des professionnels de santé

3.2.1.1 Les ARS, responsables du pilotage du déploiement des CPTS, devraient largement s'appuyer sur les représentants des professionnels de santé

La responsabilité et le pilotage de l'accompagnement des porteurs de projet des CPTS relève naturellement des ARS. Cet accompagnement doit être très incitatif, afin d'encourager l'émergence et la consolidation des projets. Les porteurs de projets doivent pouvoir compter sur un interlocuteur identifié et responsabilisé pour les soutenir, les guider, les conseiller pour faire évoluer ou compléter leur projet, et les orienter vers les ressources nécessaires (humaines, juridiques, financières et informatiques). Les délégations territoriales des ARS joueront un rôle important, en lien avec les CPAM, pour assurer un accompagnement de proximité (par exemple pour l'appui à l'élaboration du diagnostic territorial et du projet de santé).

L'examen des projets montre que les ARS sont beaucoup plus efficaces lorsqu'elles parviennent à s'appuyer sur les représentants des professionnels de santé, au travers des URPS. Dans les régions les plus dynamiques un partenariat (qui peut prendre la forme d'un CPOM⁷³) entre l'ARS et l'URPS médecins a été construit, avec le recrutement par l'URPS de chargés de missions dédiés au soutien et à l'émergence de projets de CPTS dans la région. Ceci permet l'allocation de ressources dédiées, et favorise la communication auprès des pairs, notamment ceux qui exercent de manière isolée. La conception de cartographies, à l'image de l'initiative de l'URPS de la région Centre-Val de Loire (cf. encadré n°6 *supra* 2.3.2) a constitué un exercice très intéressant et fructueux, permettant aux professionnels de santé d'amorcer les échanges sur leur territoire et sur le recours aux soins. L'ARS peut utilement nourrir le diagnostic territorial.

Il est toutefois indispensable que ce partenariat entre l'ARS et l'URPS médecins garantisse l'association des autres URPS, et, le cas échéant, de la fédération régionale des MSP ou de tout autre acteur régional pertinent, pour concrétiser dès le début du projet la logique interprofessionnelle des CPTS. Différentes configurations peuvent être envisagées. En Centre-Val de Loire, le maintien d'une fédération d'URPS active et fédératrice assure ce portage interprofessionnel. En Grand Est, l'ARS a mis en place un comité de sélection, d'accompagnement, de suivi et d'évaluation des projets de CPTS qui associe l'ARS, les URPS (dans une configuration interprofessionnelle), et la fédération régionale des maisons de santé. Il est conçu comme une instance de dialogue entre l'ARS, les représentants des professionnels de santé et les porteurs de projet.

Recommandation n°5 : Recommander aux ARS, responsables du pilotage du déploiement des CPTS et de l'accompagnement des porteurs de projet, de le faire en partenariat rapproché avec les URPS.

⁷³ Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

3.2.1.2 Développer les synergies entre État et Assurance maladie dans la conduite de cet accompagnement

Les ARS et les organismes de l'Assurance maladie ont des compétences et des leviers complémentaires.

Au plan de l'accompagnement financier (cf. recommandation n°10 *infra* 3.3.2), si l'ARS finance l'amorçage par les crédits du FIR, la CPTS devrait pouvoir, dès lors que le projet aura été validé par la puissance publique, bénéficier pour une partie de ses moyens d'une rémunération conventionnelle relevant de l'Assurance maladie. Il est donc essentiel que, très en amont, ces organismes – concrètement la Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) au niveau régional, les CPAM au niveau départemental - soient informés de l'émergence, et soient associés à la validation du projet de la CPTS.

Par ailleurs l'expertise de l'Assurance maladie peut être précieuse en matière de systèmes d'information (avec ses conseillers informatiques et services), ou d'accès aux données utiles d'analyse de pratique professionnelle (*via* les délégués de l'Assurance maladie et les praticiens conseils, et l'accès au SNIIRAM). Cette proposition est cohérente avec l'orientation d'une plus grande personnalisation de l'accompagnement des professionnels de santé inscrite dans la COG (Convention d'objectifs et de gestion) 2018-2022 signée entre l'État et l'Assurance maladie.

Les rôles et les interventions respectives de l'ARS et de l'Assurance maladie vis-à-vis des professionnels de santé doivent être clarifiés, avec une meilleure (re)connaissance des forces et des complémentarités des deux réseaux. La mission considère que la mise en place d'un guichet unique pour les professionnels de santé constitue une opportunité forte pour cette clarification. Au stade du pré-cadrage⁷⁴, ce guichet unique concerne l'information et l'orientation pour l'exercice des professionnels de santé. L'ambition pourrait être plus large et couvrir l'ensemble des aspects de l'accompagnement des professionnels de santé.

Recommandation n°6 : Développer les synergies entre ARS et Assurance maladie pour l'accompagnement des CPTS, notamment dans le cadre du guichet unique créé à l'attention des professionnels de santé.

3.2.1.3 Adopter une logique de pragmatisme vis-à-vis des porteurs de projet

Le déploiement des CPTS est urgent et son rythme devrait être soutenu et efficace, car la situation, notamment les résultats attendus en termes d'accès, de pertinence et de qualité des soins, l'exige. Mais compte tenu des situations extrêmement hétérogènes des territoires, selon leurs caractéristiques, l'historique de collaboration interprofessionnelle et la présence d'un « leader », les services de l'État (et ceux de l'Assurance maladie) devraient retenir des démarches et des processus de travail et d'instruction des dossiers souples et adaptés aux situations de terrain – les délégations territoriales des ARS et les CPAM ont sur ce point un rôle important à jouer. Même si la mission préconise d'établir des « profils-types » de CPTS (recommandation n°13 *infra* 3.3.3) qui seront des références utiles, il serait contreproductif de considérer que les projets de CPTS et leurs processus de construction doivent être alignés sur un ou quelques modèles.

⁷⁴ Instruction n° SGMCAS/DGOS/CNAM/2018/98 du 10 avril 2018 relative au pré-cadrage du guichet unique par le Plan pour renforcer l'accès territorial aux soins.

La posture des services de l'État devrait être celle d'un soutien exigeant et encourageant aux porteurs de projet. Au plan pratique par exemple, les délais de réponse sur le fond⁷⁵ ne devraient pas dépasser deux mois et les parties devraient convenir d'un délai maximum raisonnable entre l'acceptation par l'ARS d'un pré-projet ou d'une lettre d'intention et la validation du projet.

Une bonne conduite de la progressivité, par les équipes projet mais surtout par les services de l'État et de l'Assurance maladie, est en effet nécessaire : trop d'exigence immédiate découragerait les acteurs, trop peu d'exigence dans la durée ne conduirait pas à la transformation projetée. Les porteurs de projet, quand bien même leur projet n'entre pas dans le cadre qui sera défini, devraient être accompagnés pour le faire évoluer, ou le cas échéant le redéfinir. La contractualisation avec l'ARS pourra par exemple fixer une cible thématique ou territoriale plus large ou mieux adaptée en fonction du diagnostic qui aura été partagé, et cadencer sa mise en œuvre, dans une logique de gradation et de progression continue.

Cette démarche d'ingénierie de programme, qui s'inscrit dans la durée et reste peu normative et largement déconcentrée, est largement inhabituelle, pour les services de l'État comme pour ceux de l'Assurance maladie. Elle est en soi un processus de transformation de l'action de ces services, qui nécessitera, s'il est mis en œuvre, le développement de pratiques et de techniques de gestion de projet collaboratives et apprenantes récemment initiées mais encore peu développées dans la mise en œuvre des politiques publiques (cf. 3.3.3).

Recommandation n°7 : Promouvoir une posture de soutien et de progressivité de la puissance publique (État et Assurance maladie) auprès des porteurs de projet.

3.2.2 Evaluer le déploiement des CPTS en continu, au niveau national comme au niveau local

3.2.2.1 Au niveau national

Au niveau national, l'évaluation continue du déploiement des CPTS devrait être organisée, dès que les options en termes d'encadrement seront prises par l'État, en concertation étroite avec l'Assurance maladie, en partenariat avec une représentation des professionnels, et en associant l'ensemble des parties prenantes. Il s'agit d'aller au-delà du traditionnel comité de pilotage nourri des « remontées des services » et de construire un dispositif lui-même gradué, engageant les acteurs à la mesure de leur responsabilité dans ce déploiement.

La gouvernance de cette évaluation pourrait être organisée selon trois dimensions :

- une dimension opérationnelle réunissant régulièrement les acteurs réellement engagés dans la mise en œuvre : État (central et déconcentré), Assurance maladie, représentation des CPTS ; cette représentation, qui n'aura de sens que clairement interprofessionnelle et représentative des acteurs de terrain, reste largement à organiser ;
- une dimension scientifique engageant notamment les acteurs opérationnels et la HAS (Haute autorité de santé), avec une collaboration universitaire incluant la méthodologie et le suivi dans la durée (par une logique de cohorte) de la généralisation des CPTS et de leur impact vis-à-vis des grands objectifs quantitatifs et qualitatifs de santé ;
- une dimension politique et participative, permettant d'inclure et de maintenir dans la dynamique les autres parties prenantes, notamment les usagers, les élus et les

⁷⁵ C'est-à-dire au-delà du ou des simples accusés de réception.

représentations professionnelles, y compris celles des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Elle s'appuierait sur un nombre limité d'indicateurs :

- indicateurs de moyens tels le nombre de projets validés de CPTS, le nombre de professionnels engagés et à l'activité des communautés, par exemple l'activité de dépistage, la part du territoire national disposant hors l'hôpital d'une organisation des soins non programmés ;
- indicateurs de résultats mesurant notamment :
 - la structuration des parcours des patients (par exemple l'évolution du nombre de ruptures de parcours) ;
 - le recours à l'hôpital (par exemple, le nombre de passages aux urgences évités, la mesure des hospitalisations et/ou ré-hospitalisations évitées) ;
 - l'évaluation des patients (par exemple exploitation d'enquêtes patients).

L'évaluation de l'expérimentation PAERPA, organisée sur la base de sept indicateurs identifiés dans le cadre d'un comité d'évaluation national constitue un exemple intéressant dont le retour d'expérience pourrait utilement inspirer les acteurs nationaux.

3.2.2.2 Au niveau territorial

Au niveau territorial, le pilotage régional et la contractualisation ARS-CPTS devrait intégrer, le cas échéant en les mesurant de manière progressive, les indicateurs nationaux. Au-delà, les actions de la CPTS devraient être évaluées de manière simple, avec un nombre limité d'indicateurs strictement corrélés aux problématiques territoriales et aux résultats attendus. La plupart des projets de CPTS intègrent d'ores et déjà de tels indicateurs (par exemple nombre de médecins traitants trouvés pour des patients sans médecin traitant, ou nombre de personnes participant aux parcours de prévention). L'engagement des CPTS dans la formation initiale des professionnels de santé, et si possible dans la recherche, permettra aussi de contribuer à l'évaluation des actions menées par les CPTS, et plus largement à l'évaluation des changements de pratiques des professionnels de santé. La mesure de la satisfaction des patients devrait aussi faire l'objet d'une attention particulière.

Recommandation n°8 : Organiser parallèlement aux décisions relatives au déploiement des CPTS, l'évaluation nationale et régionale de cette politique publique.

3.3 Leviers clés du développement des CPTS

La mission a identifié trois leviers nécessaires au déploiement rapide des CPTS : la formation interprofessionnelle, le soutien financier et l'outillage.

3.3.1 Développer la formation interprofessionnelle

L'exercice coordonné et en équipe interprofessionnelle est bien accueilli par les étudiants et jeunes médecins, et constitue aujourd'hui un facteur d'attractivité, notamment en zones de démographie médicale fragile. Il suscite souvent des réserves *a priori* chez les professionnels seniors exerçant en cabinet isolé, réserves généralement levées par l'échange et la pratique. La formation – qui comprend ici les échanges et confrontations de pratiques – est donc un levier majeur de transformation de la médecine ambulatoire.

Ce rapport n'aborde pas directement l'adaptation de la formation initiale, des travaux étant actuellement conduits par ailleurs.

Mais puisqu'il lui est demandé des propositions permettant un virage rapide vers les formes d'exercice coordonné, la mission a examiné le sujet de la formation continue des professionnels en exercice. Le Développement professionnel continu (DPC) – et donc l'Agence nationale qui le pilote (ANDPC) – constitue potentiellement un outil à la mesure des enjeux. Il doit cependant être adapté car :

- il est pour tous les professionnels de santé, quel que soit leur statut, une obligation calibrée par la réglementation⁷⁶, mais en réalité il est encore peu utilisé : 16 % des professionnels de santé ont participé à une action du DPC en 2017⁷⁷ ;
- l'organisation actuelle du financement conduit à privilégier les actions nationales ou régionales et favorise la concentration des financements sur un petit nombre d'opérateurs : plus de 60 % des budgets⁷⁸ sont versés à vingt organismes, et plus de 80% aux cinquante organismes les plus importants sur les 2 000 enregistrés à l'ANDPC. Cette concentration aboutit naturellement à des programmes relativement standardisés alors que la dynamique d'organisation recherchée est de type « bottom up » ;
- ces actions relèvent très majoritairement du registre cognitif et mono professionnel, alors que l'enjeu de transformation, notamment *via* les CPTS, repose largement sur l'organisation d'une prise en charge de proximité par des équipes pluri professionnelles outillées et formées à l'usage de ces outils, notamment les outils numériques ;
- de fait peu d'organismes sont capables de réaliser des formations pluri professionnelles incluant médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, ce que relève également le bilan intermédiaire de PAERPA établi en 2017 ;
- et par ailleurs les conditions d'éligibilité au financement des formations par le DPC sont larges : pour les professionnels libéraux, les actions sont éligibles au financement par l'ANDPC dès lors qu'elles correspondent à une des orientations prioritaires fixées à l'Agence et à une méthode de la HAS, et qu'elles sont mises en œuvre par un organisme de DPC⁷⁹ ; de fait, les organismes de DPC sont entièrement libres de choisir leurs thématiques de formation et l'Agence nationale n'est pas en situation d'orienter l'offre de formation en cohérence avec les priorités de la politique de santé.

La période présente constitue une fenêtre d'opportunité pour faire évoluer cette situation, avec la publication en décembre 2018 de la liste des orientations prioritaires pour le DPC arrêtée tous les trois ans. Cette liste pourrait, après concertation avec les professionnels et la CNAM, inclure les actions d'accompagnement du changement induit par les décisions politiques et conventionnelles récentes ou prochaines, et notamment celles portant sur l'exercice pluri professionnel et les pratiques interprofessionnelles.

Pourraient ainsi être éligibles au financement par le DPC, progressivement et selon des modalités à fixer, les organisations territoriales (CPTS, MSP) délivrant des formations, retours d'expérience et confrontations de pratiques autour de thèmes tels que les fonctionnements interprofessionnels, l'élaboration d'un diagnostic territorial, la conception concertée d'un projet de santé ou encore l'accompagnement à l'usage des outils informatiques (DMP, messagerie sécurisée, usage des lettres de liaison et des comptes rendus hospitaliers, etc.). Des sessions communes ville/ hôpital gagneraient à être mises en place, par exemple dans le cadre d'un partenariat entre une CPTS et un établissement hospitalier.

⁷⁶ Une action de DPC tous les trois ans pour la plupart des professions.

⁷⁷ Source : Chiffres clés de l'Agence nationale du Développement professionnel continu au 31 mars 2018.

⁷⁸ Le DPC des professionnels libéraux conventionnés est aujourd'hui financé à hauteur de 185M€, dont 80 % en provenance de l'Assurance maladie.

⁷⁹ Art. L 4021-2 du CSP et décret 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé, not art. R 4021-24.

La demande vers ces formations pourrait par ailleurs faire l'objet d'incitations tarifaires et l'Agence nationale pourrait contribuer, avec la HAS, à l'outillage de ces formations, par exemple en établissant une méthodologie d'étude de santé populationnelle ou en proposant, avec l'appui des grands opérateurs, des programmes types à décliner et adapter au niveau local.

La montée en qualification des équipes projet et des coordonnateurs pourrait dès 2019 être financée par le DPC dont l'orientation vers ces actions aura été précisée ; on pourrait considérer qu'à l'issue d'une montée en charge de trois ans (2019 – 2020 – 2021) une enveloppe de 30 M€ (de l'ordre de 15 % de l'enveloppe actuelle) pourrait être affectée aux actions de transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Recommandation n°9 : Favoriser les dynamiques interprofessionnelles des CPTS dans le cadre du DPC et consacrer un budget qui pourra atteindre en 2021 15 % de l'enveloppe actuelle aux actions de transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

3.3.2 Financer les CPTS pour inciter à leur déploiement et favoriser leur pérennité

3.3.2.1 Les principes de financement des CPTS

A ce stade, on peut estimer qu'au-delà de la phase projet, le budget annuel d'une CPTS est compris entre 20 000€ et 150 000€, selon sa taille, le nombre et la densité de ses actions. A terme, et en première approche, sur la base de 1000 CPTS et d'une moyenne de 100 000€ par CPTS et par an, on peut donc estimer le financement du dispositif à environ 100 millions d'euros par an.

La mission propose de structurer le financement du dispositif de la manière suivante :

- assurer, comme actuellement, le financement de la phase projet par les crédits du FIR (ARS). Le financement de l'amorçage serait assorti d'un nombre très réduit d'exigences (par exemple pour les SI, s'assurer de l'interopérabilité avec les briques de base de la coordination) tout en veillant à l'absence de double financement (notamment pour les SI avec le programme e-parcours). L'attribution de l'aide à la conception des projets (d'un montant de l'ordre de 10 000 à 20 000€) devrait être très souple et rapide sur la base d'une lettre d'intention précisant l'équipe projet de démarrage, l'ambition fédératrice, les premiers axes à date du projet de santé et un premier calendrier. Cette aide doit notamment permettre de défrayer les professionnels de santé pour leur participation aux réunions et groupes de travail de conception du projet. Le cas échéant, ce financement pourra aussi couvrir un appui externe à la définition du projet de santé (appui méthodologique et organisationnel dont l'ARS pourrait organiser l'ingénierie d'ensemble *via* des appels d'offre) ;
- financer les CPTS dans la durée dans le cadre d'un Accord conventionnel interprofessionnel, négocié dès 2019 pour une mise en œuvre dès 2020 entre l'UNCAM et les organisations syndicales professionnelles représentatives, et en concertation avec les services de l'État, notamment les ARS – ce point est développé ci-après en 3.3.2.2 ;
- assurer le financement de la transition – les CPTS dont le projet est déjà validé ou le sera d'ici la mise en œuvre de l'ACI - par une part du fonds de transformation du système de santé dont le Premier Ministre et la Ministre des solidarités et de la santé ont annoncé la création au mois de février 2018. Le cas échéant, et en fonction du rythme de déploiement par les ARS, ce fonds pourrait abonder le FIR.

S'agissant en effet du financement par les ARS, le coût des CPTS ne représente pas un coût net. Certaines missions assurées par les CPTS se substitueront à des missions déjà assurées par des structures (par exemple, des actions de prévention assurées par un pôle de santé, financées dans le cadre du FIR). La mission propose aussi de poursuivre avec détermination la convergence des dispositifs au sein des PTA et d'organiser le redéploiement des ressources actuellement dédiées aux multiples dispositifs d'appui à la coordination vers les CPTS ; à terme, la logique serait aussi de redéployer à partir de l'enveloppe hospitalière une part des ressources nécessaires aux actions ville – hôpital.

Cependant, ces redéploiements seront nécessairement progressifs et, pendant la période de transition, des financements complémentaires pourront être nécessaires dans les régions dynamiques en termes de développement de CPTS.

La structuration proposée renforce la nécessité, déjà évoquée (cf. *supra* 3.2.1.2), d'une parfaite articulation entre les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie : il s'agit notamment de veiller, vis-à-vis des professionnels, à assurer la cohérence de la position publique entre la phase projet et la phase de fonctionnement effectif de la CPTS.

Recommandation n°10 : Financer les CPTS et le déploiement du dispositif :

- **par le FIR en phase projet jusqu'à la validation**
- **par un ACI à négocier dès 2019 après validation du projet**
- **par le fonds de transformation du système de santé pour les coûts transitionnels.**

3.3.2.2 Un ACI en 2020 pour asseoir un financement pérenne

Le déploiement des CPTS suppose d'organiser à brève échéance la pérennité de leur financement. En effet, l'organisation en CPTS nécessite rapidement une structure, même légère (pour le détail des budgets des CPTS, voir *supra* 2.4.1), et les financements actuellement accordés dans le cadre du FIR n'ont pas vocation à être pérennes. Certaines ARS sont aujourd'hui réticentes à financer des CPTS, en raison du caractère pérenne de certains frais (coûts salariaux notamment).

Le développement des MSP a souffert pendant plusieurs années de l'instabilité des financements expérimentaux ou provisoires. Pour éviter de reproduire le même schéma, la mission recommande d'ouvrir la négociation d'un accord interprofessionnel consacré au financement des CPTS dès le second semestre 2019, pour une entrée en vigueur en 2020. Ce calendrier permettrait à la fois de donner à court terme une perspective aux porteurs de projet et de bénéficier du retour d'expérience d'un an supplémentaire de fonctionnement des CPTS, pour la plupart très récentes. Le calibrage du financement en sera ainsi plus aisé ; il pourra aussi s'appuyer sur les « profils-types » de CPTS qui auront été élaborés (cf. 3.3.3.1).

L'accord conventionnel interprofessionnel des structures pluri professionnelles⁸⁰, qui détermine la rémunération collective des maisons et centres de santé, constitue un modèle intéressant. Il est à la fois exigeant (forme juridique de la SISA, existence de prérequis, justificatifs à fournir), et souple sur certains paramètres (liberté dans la répartition des fonds entre professionnels, existence d'options, possibilités de versements d'avances pour les nouvelles structures, qui doivent progressivement remplir les conditions). Toutefois, il n'a pas permis de clarifier la répartition de financement entre le niveau national, et le niveau régional. L'ACI permet par exemple de financer

⁸⁰ Négocié sur la base du II de l'article L162-14-1 du code de la sécurité sociale, qui pourrait aussi servir de cadre juridique à la négociation du financement des CPTS.

(de manière optionnelle) des missions de prévention, dans la limite de deux, alors que ces missions sont financées traditionnellement par le fonds d'intervention régional (FIR).

La mission propose que le financement des CPTS constituées⁸¹ soit organisé selon trois principes :

- les frais de structure pourraient être couverts par la contractualisation nationale, dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel négocié en 2019 évoqué *supra*. Seraient ainsi financées les fonctions de coordination, les concertations pluri professionnelles et l'organisation des délégations de tâches, les systèmes d'information intégrant les outils socles de la coordination, une éventuelle aide à la gestion de la SISA, etc. Par rapport à l'ACI des structures pluri professionnelles, les critères devraient être ajustés pour tenir compte de la dimension populationnelle des projets de santé des CPTS⁸² ;
- pour ce qui concerne les actions des CPTS, les principes de financement pourraient être fixés, au moins en partie, au niveau national dans le cadre de l'ACI, qui inclurait alors des possibilités de modulation territoriale, la mise en œuvre relevant du niveau régional (ARS et Assurance maladie). Il serait ainsi possible d'ajuster la rémunération de chaque mission dans le cadre déterminé nationalement, d'orienter les financements en fonction des priorités et des spécificités territoriales (par exemple pour les actions de prévention), et de fixer la rémunération de missions difficiles à évaluer finement dans un cadre national (par exemple l'éducation thérapeutique ou le lien ville/ hôpital). Les risques de doubles financements, que ce soit avec les financements accordés dans le cadre du FIR (missions de prévention notamment), dans le cadre du programme e-parcours pour les outils numériques, ou avec les contrats locaux de santé pourraient plus aisément être identifiés et réduits ;
- un intéressement collectif aux résultats de la CPTS serait introduit, ainsi que le pratiquent un nombre croissant de systèmes étrangers. Il serait fondé sur les indicateurs du contrat ARS-CPTS (cf. *supra* 3.2.2). A terme, on peut imaginer que les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) soient aussi intégrées dans ce cadre, tout en restant individualisées.

L'expérimentation de modalités de rémunération forfaitaire pour une équipe pluri professionnelle de santé en ville dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 (cf. encadré n°3 *supra* 1.3.3.2) fournira des retours d'expérience intéressants pour mettre en place des rémunérations collectives dans le cadre des CPTS.

Ce schéma ne remet pas en cause les modalités classiques de financement individuel des professionnels de santé dans le cadre conventionnel mono-professionnel (financement à l'acte, et pour certaines professions, financements forfaitaires/ à la capitation).

Il suppose que les CPTS s'organisent relativement tôt en SISA afin de pouvoir percevoir les financements dans le cadre de l'ACI. Les efforts de simplification et de clarification du statut des SISA mériteraient d'être poursuivis. En particulier, la capacité pour les pharmaciens d'intégrer la SISA devra notamment être garantie⁸³. Des marchés d'aide à la gestion des SISA pourraient être organisés au niveau régional ou interrégional, pour réduire les tâches administratives pesant sur les professionnels de santé de la CPTS.

⁸¹ C'est-à-dire post conventionnement avec l'ARS.

⁸² Plusieurs indicateurs de l'ACI d'avril 2017 sont liés à la patientèle de médecin traitant des médecins généralistes.

⁸³ Ce qui suppose de régler la question liée à leur assujettissement à la TVA.

3.3.3 Outiller les CPTS

3.3.3.1 Elaborer des profils-types de CPTS pour chaque nature de territoire

La mission préconise – à partir de l'exploitation de la typologie présentée en 2.2.2 – d'établir des « profils types de CPTS » pour chaque nature de territoire (rural, péri-urbain ou semi-rural, urbain dense), en fonction de la nature du territoire, de sa démographie professionnelle et de la maturité des coopérations déjà instaurées. Ces profils types, de l'ordre de 3 ou 4 pour chaque nature de territoire, pourraient servir de cibles ou de références communes aux porteurs de projet, aux URPS et aux financeurs (État et Assurance maladie), qui pourront les adapter à la marge en fonction des opportunités et des contraintes locales. Ils pourront aussi servir de repères lors de la négociation de l'accord conventionnel interprofessionnel en 2019.

L'élaboration des profils-types pourra constituer l'un des premiers travaux de suivi du comité opérationnel mentionné *supra* (cf. 3.2.2.1).

Recommandation n°11 : Elaborer des profils-types de CPTS selon une typologie territoriale.

3.3.3.2 Mobiliser le programme e-parcours au profit des CPTS

Le programme e-parcours, présenté *supra* (cf. 2.5.3) pourrait constituer un levier pour outiller les CPTS en services numériques d'appui à la coordination (SNAC). Le calendrier de déploiement d'e-parcours prévoit que les projets puissent être déposés jusqu'au 31 décembre 2019 auprès des ARS. Le financement peut couvrir l'acquisition de logiciels, la gestion de projets, le développement de l'interopérabilité avec les services socles et l'intégration dans les outils professionnels, l'accompagnement territorial à la mise en œuvre.

Il présente par ailleurs une certaine souplesse, admettant des variations selon le contexte et les priorités, dès lors que les outils intègrent les services numériques « socles » (DMP, MSS, annuaires et référentiels, conditions de sécurité, etc.).

Il présente aussi l'intérêt d'être orienté vers l'usage des outils par les professionnels, au-delà de l'outillage lui-même : 40 % du financement forfaitaire dépend de l'usage des outils, en fonction de différentes cibles d'usage, portant par exemple sur la création et l'alimentation du DMP, sur l'e-prescription, sur l'agenda partagé, etc.

Ce programme est donc parfaitement adapté pour outiller les CPTS, sous réserve que la condition territoriale (actuellement fixée à un minimum de 300 000 habitants) soit assouplie.

Les CPTS devraient être accompagnées pour s'outiller et utiliser au mieux leurs outils. Elles devraient être encouragées à se fixer des objectifs simples au départ (par exemple : « tous les professionnels de santé de la CPTS utilisent une messagerie sécurisée en 2019 »). Les ressources de l'Assurance maladie et de l'État (conseillers informatiques et services et délégués de l'Assurance maladie côté Assurance maladie, Groupements régionaux d'appui au développement de l'e-Santé (GRADeS), pour l'État) devront être mobilisées pour un accompagnement territorial rapproché et cohérent, en particulier entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Ceci pourrait constituer un objet prioritaire de travail du guichet unique en cours de mise en place.

Le DPC pourrait aussi être mobilisé pour organiser des sessions d'accompagnement à l'usage des outils informatiques socles, au sein des CPTS, mais aussi entre ville et hôpital (cf. partie 3.3.1 *supra*).

Recommandation n°12 : Confirmer l'orientation du programme e-parcours vers l'outillage numérique des CPTS, et organiser l'accompagnement territorial à l'usage des outils socles de coordination (DMP, messagerie sécurisée, e-prescription, etc.).

3.3.3.3 Mettre en œuvre une démarche de type collaboratif et animer le réseau des CPTS

La mission préconise l'organisation et l'outillage d'un processus collectif transversal d'animation et d'apprentissage au profit des CPTS, sous la responsabilité de l'État et en coopération avec l'Assurance maladie.

Le dispositif « PACTE Soins primaires », développé depuis trois ans par le ministère de la santé, la HAS et l'EHESP⁸⁴, en cours de généralisation après deux années de mise en œuvre dans six ARS (avec plus de 400 ESP formées à la fin de l'été 2018), pourrait être étendu aux porteurs de projet et responsables de CPTS.

Il combine l'appropriation de publications de la HAS et la formation à la conduite d'un projet de regroupement pluri professionnel avec une composante régionale importante, et repose sur :

- une plateforme collaborative nationale, actuellement alimentée par la HAS et l'EHESP, qui pourrait être enrichie de ressources proposées par le ministère, l'ANAP ainsi que les ARS et leurs partenaires régionaux ;
- des formateurs / animateurs régionaux formés et accompagnés par l'EHESP, qui travaillent en collaboration avec les ARS, maîtres d'ouvrage de la démarche dans leur région, avec la production en situation des travaux de coordination.

Un tel processus gagnerait à s'appuyer sur une structure « tête de réseau » des CPTS, partenaire de l'État, et dont les missions pourraient être :

- de communiquer auprès des professionnels de santé (à l'image des « facilitateurs » de la fédération des MSP) ;
- d'organiser des échanges de pratiques entre professionnels (à l'instar des réunions de secteur organisées par l'association Asalée⁸⁵) ;
- de mettre à disposition des ressources auprès des professionnels, en utilisant des outils collaboratifs (plateformes, analyses de cas et de littérature, échanges d'expériences et de pratiques, forums etc.) ;
- de participer à l'élaboration des « profils-types » de CPTS (cf. *supra* 3.3.3.1) ;
- de contribuer au processus d'évaluation des CPTS.

⁸⁴ Ecole des hautes études en santé publique.

⁸⁵ L'association Asalée s'est dotée d'une organisation nationale et régionale pour mettre à disposition des professionnels des ressources : formation initiale, compagnonnage, accès aux dossiers médicaux, protocoles, réunions de concertation, système d'information. Des réunions de secteur sont organisées toutes les six semaines par les infirmières pour échanger sur leurs pratiques.

Plusieurs structures plus ou moins proches de ce « profil » existent, dont la fédération nationale des CPTS récemment créée, et il convient que l'administration, et surtout les professionnels eux-mêmes parviennent à se mettre d'accord sur la « bonne » organisation. A ce stade, et en l'absence apparente de consensus sur le sujet, la mission suggère simplement aux acteurs de rechercher, au moins pour la période de déploiement, une formule souple et légère, qui garantisse la représentation la plus directe possible des acteurs de terrain eux-mêmes.

Recommandation n°13: Organiser un processus collectif d'animation de réseau et d'apprentissage s'appuyant sur des outils collaboratifs.

CONCLUSION

Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé constitue un enjeu clé de la réponse aux défis de notre système de santé. Les CPTS prennent en compte les évolutions profondes et durables des pratiques et des besoins, tant des patients que des professionnels eux-mêmes, tout en respectant les fondements de l'exercice libéral. Elles constituent une réelle transformation de l'exercice en ville des professionnels de santé : l'exercice isolé traditionnel deviendra exceptionnel, tandis que la coordination, les pratiques collectives et le travail en équipe interprofessionnelle deviendront progressivement la pratique générale.

Il appartient à la puissance publique de tirer dès maintenant les conséquences de ce changement et de l'accompagner, voire de le stimuler. L'organisation en CPTS réinterroge en effet de nombreux aspects de l'organisation des soins ambulatoires. Ainsi, les ARS devront veiller à l'articulation entre organisation en CPTS et organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Les CPTS et l'organisation territoriale de la santé mentale (projets territoriaux de santé mentale notamment) mériteraient aussi sans doute d'être progressivement rapprochées. Le rôle et la configuration du médecin traitant devront sans doute être réexaminés, de même que le dispositif PRADO à mesure que les CPTS seront en mesure de prendre en charge de façon organisée les sorties d'hôpital.

Enfin, cette transformation ne pourra pas être menée à bien et produire les résultats attendus sans la bonne compréhension par les patients de ses enjeux et de ses modalités, puis leur adhésion aux pratiques nouvelles de prise en charge. La stratégie de communication, qui devrait ainsi faire partie intégrante de la conduite et de l'accompagnement de ce changement profond et quasiment culturel au regard de la tradition française d'utilisation et de pratique de la médecine, est également un levier à mettre en œuvre avec le concours des professionnels de santé.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
Fixer une ambition et un cadre			
1	Fixer un objectif politique partagé entre les professionnels et la puissance publique qui pourrait être formulé ainsi : « à terme, tout patient doit pouvoir accéder à un parcours de soins organisé. La CPTS est l'organisation de référence des parcours ambulatoires. »	DGOS	Fin 2018
2	Définir au niveau national les impératifs que devront respecter les CPTS.	DGOS	Fin 2018
3	Clarifier l'articulation entre CPTS, ESP et PTA : - l'ESP assure la prise en charge d'une patientèle en proximité ; - la CPTS est un mode coordonné d'exercice ambulatoire au service d'une population ; - la PTA intervient en tant que de besoin sur la gestion des cas complexes.	DGOS	Fin 2018
4	Laisser le dimensionnement territorial, ainsi que l'organisation et la gouvernance des CPTS à l'initiative des porteurs de projets et des professionnels de santé.	DGOS/ARS	Fin 2018
Fonder le déploiement sur l'accompagnement et l'évaluation permanente			
5	Recommander aux ARS, responsables du pilotage du déploiement des CPTS et de l'accompagnement des porteurs de projet, de le faire en partenariat rapproché avec les URPS.	DGOS	Fin 2018
6	Développer les synergies entre ARS et Assurance maladie pour l'accompagnement des CPTS, notamment dans le cadre du guichet unique créé à l'attention des professionnels de santé.	DGOS/ARS et Assurance maladie (CNAM/CPAM)	Premier semestre 2019
7	Promouvoir une posture de soutien et de progressivité de la puissance publique (Etat et Assurance maladie) auprès des porteurs de projet.	DGOS/ARS et Assurance maladie (CNAM/CPAM)	Fin 2018
8	Organiser parallèlement aux décisions relatives au déploiement des CPTS, l'évaluation nationale et régionale de cette politique publique.	DGOS/ SGMAS	Premier trimestre 2019
Les leviers clés du développement des CPTS			
9	Favoriser les dynamiques interprofessionnelles des CPTS dans le cadre du DPC et consacrer un budget qui pourra atteindre en 2021 15 % de l'enveloppe actuelle aux actions de transformation de l'organisation territoriale de l'offre de soins.	ANDPC	Fin 2018

10	Financer les CPTS et le déploiement du dispositif : - par le FIR en phase projet jusqu'à la validation - par un ACI à négocier dès 2019 après validation du projet - par le fonds de transformation du système de santé pour les coûts transitionnels.	DGOS/ARS et Assurance maladie	Fin 2019
11	Elaborer des profils-types de CPTS selon une typologie territoriale.	DGOS/ARS et Assurance maladie	Premier semestre 2019
12	Confirmer la réorientation du programme e-parcours vers l'outillage numérique des CPTS, et organiser l'accompagnement territorial à l'usage des outils socles de coordination (DMP, messagerie sécurisée, e-prescription, etc.).	DGOS/ARS et Assurance maladie (CNAM/CPAM)	2018-2019
13	Organiser un processus collectif d'animation de réseau et d'apprentissage s'appuyant sur des outils collaboratifs.	DGOS/ SGMAS	Premier semestre 2019

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

Paris, le 21.3.2018

CAB – AB – PEGASE – D-18-007386

Madame la cheffe de service,

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 a établi un cadre juridique pour la construction, à l'initiative des professionnels de santé, des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ce dispositif constitue potentiellement un nouveau mode d'organisation et de coordination des professionnels au niveau des territoires.

Sa concrétisation est essentielle pour assurer la réussite du plan d'accès aux soins dans les territoires annoncé en octobre 2017 et mettre en œuvre la stratégie de transformation du système de santé présentée par le Premier Ministre le 13 février dernier. Un des objectifs commun à ces deux axes stratégiques majeurs de notre politique de santé est en effet l'organisation des soins et de la prévention au niveau des territoires. Il s'agit d'assurer un bon déroulement des parcours des patients en renforçant et en développant massivement d'ici 2022 l'exercice coordonné des professionnels de santé de ville et les liens fonctionnels entre l'hôpital, la ville, et le secteur médico-social.

Les CPTS constituent potentiellement un outil essentiel pour atteindre cet objectif. Des initiatives ont été lancées et des projets réalisés dans certains territoires. Il est dès lors nécessaire de préparer dès maintenant l'étape suivante 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.

Je souhaite que l'Igas apporte son appui à la directrice générale de l'offre de soins, responsable du pilotage opérationnel du plan d'accès aux soins, dans la définition de cette stratégie de déploiement des CPTS. La mission que vous désignerez s'attachera à proposer 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. Elle interrogera les acteurs institutionnels et professionnels, au niveau national et régional, en exercice de ville comme en établissements de santé ou en service et établissement médico-social.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection Générale des affaires sociales
39-43, quai André Citroën
75739 PARIS Cedex 15

Elle sera ainsi amenée à analyser :

- le processus de construction des CPTS, leur périmètre et celui des acteurs professionnels impliqués, les projets mis en place, les stratégies mises en œuvre par les ARS, l'assurance maladie et les autres acteurs régionaux pour leur déploiement ;
- les moyens mobilisés pour assurer l'exercice coordonné entre les différents professionnels, notamment en termes d'échanges et de partage de données ;
- les interactions entre les CPTS et les autres modes d'exercice coordonné, notamment les maisons et centres de santé pluri-professionnels, dans un esprit de complémentarité, ainsi qu'entre CPTS et plateformes territoriales d'appui.

Sur la base de cette analyse, je souhaite que la mission propose les éléments d'une stratégie de déploiement des CPTS dans la perspective de la pérennité de leur financement. J'attends de cette stratégie qu'elle inscrive dans les projets des territoires les grands axes de la stratégie nationale de santé : la prévention et le dépistage, l'accès égal aux soins et à la santé y compris aux soins non programmés, l'innovation technologique et organisationnelle, l'amélioration continue de la pertinence et de la qualité des pratiques.

Je souhaite également que la mission examine les conditions dans lesquelles les CPTS pourraient, par leur composition et leurs partenariats, intégrer les conditions d'une meilleure coordination des prises en charge entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

Les conclusions et les propositions de la mission pourront être présentées à l'occasion du comité ministériel prévu en juillet 2018.

Je vous prie d'agréer, Madame la cheffe de service, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Direction générale de l'offre de soins

Cécile COURREGES, directrice

Michel VARROUD-VIAL, conseiller médical de la directrice

Eve ROBERT, cheffe de projet Accès aux soins

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Myriam BURDIN, cheffe de bureau PF3 Coopérations et contractualisations

Mouloud YAHMI, chargé de mission

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Thomas DEROCHE, sous-directeur

Sylvie ESCALOU, adjointe au sous-directeur

Vincent HALLER, chef du bureau R5 Evaluations, modèles et méthodes

Edith RIOU, adjointe au chef du bureau R5 Evaluations, modèles et méthodes

Marion PAUFIQUES, chargée de mission

Sous-direction du pilotage de l'offre de soins

Marie-Anne JACQUET, sous-directrice

Caroline LE GLOAN, cheffe du bureau PF5 Systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins

Direction de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice

Vincent MIROU, adjoint à la cheffe de bureau Relations avec les professionnels de santé sous-direction du financement du système de soins (1^{ère} sous-direction)

Mathilde JEAN-BAPTISTE, chargée de mission, 1^{ère} sous-direction

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Eric GINESY, chef de service

Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)

Nicolas REVEL, directeur général

Annelore COURRY, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Delphine CHAMPETIER, directrice de l'offre de soins

Sandrine FRANGEUL, responsable adjointe du département des professions de santé

Hélène BENARD, directrice de mission, cabinet de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Yvon MERLIER, chef du projet DMP

MSA

Dr Philippe LABATUT, directeur du contrôle médical et de l'organisation des soins

Dr François FRETE, médecin conseiller technique

Dr Benoît CROCHET, médecin conseiller technique

ANAP

Sophie MARTINON, directrice

Dr Philippe MANET, manager

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Simon KIEFFER, directeur des établissements et services médico-sociaux

Virginie HOAREAU, direction de la compensation, responsable du pôle Partenariats institutionnels

Catherine PERISSET, direction des établissements et services médico-sociaux, référente sur les parcours

ASIP Santé

Sabine REY-ARLES, directrice appui aux acteurs et relations clients

Dr Nicole JANIN, directrice des affaires médicales

Conseil stratégique de l'innovation en santé

Natacha LEMAIRE, rapporteur général

Agence nationale du Développement professionnel continu (ANDPC)

Dr Jean-François THEBAUT, président du Haut-Conseil

Michèle LENOIR-SALFATI, directrice générale

Haute autorité de santé

Katia JULIENNE, directrice générale

Dominique LE GULUDEC, présidente

Véronique GHADI, directrice, direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Catherine GRENIER, directrice, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Alexandre BIOSSE DUPLAN, chef de projet Relations institutionnelles

FMF (Fédération des médecins de France)

Dr Jean-Paul HAMON, président

Dr Claude BRONNER, vice-président

CSMF (Confédération des syndicats médicaux français)

Dr Jean-Paul ORTIZ, président

Dr Luc DUQUESNEL, Les généralistes - CSMF

Dr Patrick GASSER, Les spécialistes - CSMF

MG France

Dr Jacques BATISTONI, président

SML (Syndicat des médecins libéraux)

Dr Philippe VERMESCH, président

Dr Charles-Henry GUEZ, vice-président

Le Bloc

Eric BLONDET, président de l'URPS médecins de la région Bourgogne-Franche-Comté (par téléphone)

Reagjir (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplacés)

Yannick SCHMITT, président

ISNAR-MG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale)

Maxence PITHON, président

Lucie GARCIN, porte-parole

SNIL (Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux)

Catherine KIRNIDIS, présidente

Convergence infirmières

Ghislaine SICRE, présidente

William LIVINGSTONE, vice-président, directeur d'ORION formation

FNI

Philippe TISSERAND, président (par téléphone)

USPO (Union des syndicats de pharmaciens d'officine)

Gilles BONNEFOND, président

FSPF (Fédération des syndicats pharmaceutiques de France)

Jocelyne WITTEVRONGEL, vice-présidente

Mathilde GUEST, juriste

FFMKR (Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs)

Daniel PAGEUSSORHAYE, président de la fédération et président de l'union nationale des professions de santé (UNPS)

Laurène PLOYART, déléguée générale

SNMKR (Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs)

Stéphane MICHEL, président

Tristan MARECHAL, vice-président

Syndicat des biologistes

François BLANCHECOTTE, président du syndicat des biologistes et président du centre national des professionnels de santé (CNPS)

Fédération des centres de santé

Dr Hélène COLOMBANI, présidente

Dr Dominique DUPONT

FFMPS (Fédération française des maisons et pôles de santé)

Pascal GENDRY, président (par téléphone)

Union syndicale des médecins de centre de santé

Frédéric VILLEBRUN, secrétaire général

Union confédérale des médecins salariés de France

Alain BEAUPIN, président

Fédération des CPTS

Claude LEICHER, président (par téléphone)

FHF (Fédération hospitalière de France)

Alexis THOMAS, directeur de cabinet

Alexandre MOKADE, responsable de l'offre de soins

FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)

Christine SCHIBLER, directrice de l'offre de soin et de la coordination des parcours de santé

Sarah BEKHADA, conseillère

FHP (Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France)

Michel BALLEREAU, délégué général

Emmanuel DAYDOU, secrétaire général

UNIOPSS (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux)

Jérôme VOITURIER, directeur général

Laure FRADIN, conseillère technique Santé / ESMS

FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile)

Elizabeth HUBERT, présidente

Nicolas NOIRIEL, délégué national

France Alzheimer (par téléphone)

Joël JAOUEN, président

Benoît DURAND, directeur délégué

Lorène GILLY, responsable du suivi des politiques publiques

Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de santé

Gérard MICK, président (par téléphone)

Soins coordonnés

Martial OLIVIER-KOEHRET, président

Peggy WIHLIDAL, déléguée générale

Doctolib

Henri PITRON, directeur de la communication et affaires publiques

Julien MERAUD, responsable produit et responsable marketing

Déplacement en Grand Est

Agence régionale de santé

Christophe LANNELONGUE, directeur général

Wilfrid STRAUSS, directeur des soins de proximité

Dr Laurence ECKERMANN, responsable du département Coordination territoriale et coopérations

Camille SANCHEZ, chargée de mission

Marie DASSONVILLE, délégation territoriale ARS 57, adjointe, cheffe de service

CPTS Territoire de Vicherey

Dr GERARD

CPTS Sud Toulinois

Dr Catherine ARNOLD

Véronique BASARAN, pharmacien

Elodie DENISART, infirmière libérale

CPTS Territoire de soins de proximité Bar-le-Duc

Dr Olivier BOUCHY

CPTS Territoire de Metz

Alain PROCHASSON, président, représentant de l'URPS

Roland DAVAL, consultant

Dr Serge MAURIERE, représentant de l'association départementale de la permanence des soins 57

Dr GRADELER

Unions régionales des professionnels de santé (URPS) du Grand Est

Dr Guilaine KIEFFER-DESGRIPPES, présidente de l'URPS des médecins libéraux

Nadine DELAPLACE, présidente de l'URPS des infirmiers

Gérard THOMAS, président de l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes

Christophe WILCKE, président de l'URPS des pharmaciens

Déplacement en Centre- Val de Loire

Agence régionale de santé

Anne BOUYGARD, directrice générale de l'ARS Centre-Val-de-Loire

Pierre-Marie DETOUR, directeur général adjoint

Estel QUERAL, unité Organisation de l'offre

Paul BREJOT, interne en santé publique

Emmanuel BLOT, chef de projet SNAC GIP, groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS)

Fédération des URPS

Dr Raphaël ROGEZ, président de l'URPS ML et de la fédération des URPS

Mylène ROUZAUD-CORNABAS, coordinatrice régionale CPTS, URPS

Charlotte DE FONTGALLAND, géographe à l'URPS

Isabelle MORIN, présidente de l'URPS infirmier

Véronique FAUVINET, présidente de l'URPS orthophoniste

Philippe POURCEL, président de l'URPS pédicure-podologue

Françoise HARDY, présidente de l'URPS orthoptiste

Francis GUINART, président de l'URPS biologiste

Elizabeth LEMAURE, présidente de l'URPS pharmacien

Joëlle TILMA, présidente de la fédération des maisons de santé, sage-femme

Dr Bruno MEYMANDI-NEJAD, président de l'URPS dentiste de la région Centre Val de Loire

CPTS de Berry-Giennois

Dr Pierre BIDAUT, président

Laïla CHATOUI, coordinatrice

CPTS d'Asclépios

Dr Jean-Michel LEMETTRE, vice-président

CPTS du Sud-28

Dr Bertrand JOSEPH, président

Déplacement en Auvergne Rhône Alpes

Agence régionale de santé

Igor BUSSCHAERT, directeur de l'offre de soins

Angélique GRANGE, responsable du pôle offre de soins de premier recours

URPS infirmiers

Lucien BARAZA, président URPS infirmier ARA

Philippe REY, vice-président de l'URPS infirmier

Catherine JAMET, trésorière adjointe URPS Infirmiers

Georges CHAMBON, secrétaire général URPS Infirmiers

André HARICHE, trésorier URPS infirmiers

URPS Médecins libéraux

Dr Pierre-Jean TERNAMIAN, président

Céline VIGNE, directrice

Dr Vincent REBEILLE BORGELLA, secrétaire général

Dr Florence LAPICA, coordinatrice du collège des médecins généralistes (par téléphone)

Autres URPS

Bruno DUGAST, président de l'URPS Masseurs-kinésithérapeutes

Marie-Pierre ROYER, présidente de l'URPS Sages-Femmes

Brigitte LESPINASSE-GODDARD, présidente de l'URPS Orthophonistes

Florent MOULIN, président de l'URPS Pédicures-podologues

Prisca PIGNARD-CHARMETANT, présidente de l'URPS Orthoptistes

Dr Eric LENFANT, président de l'URPS Chirurgiens-dentistes

Olivier ROZAIRE, Président de l'URPS Pharmaciens,

Jérôme SOUCHELEAU, Président URPS Biologistes

CPTS de Yenne

Daniel RIGAUD, pharmacien (par téléphone)

CPTS Sud Allier

Dr Guillaume de GARDELLE (par téléphone)

CPTS Porteurs de souffle (Centre hospitalier de Villefranche Hôpital Nord-Ouest)

Monique SORRENTINO, directrice de l'hôpital Nord-ouest et du GHT Rhône Nord Beaujolais
Ludovic BINDER, kinésithérapeute et cadre de santé, coordinateur de soins primaires EHESP
Dr Lionel FALCHIRO, pneumologue de l'hôpital,
Hervé BONTEMPS, président de la CME Hôpital Nord-Ouest, pharmacien hospitalier

CPTS de Vénissieux

Franck BATISSE, président de la CPTS, masseur-kinésithérapeute
Pascal DUREAU, médecin généraliste, secrétaire général
Patrick CABROL, pharmacien, trésorier
Laëticia BOUILLON, infirmière libérale, vice-présidente
Frédéric LAMBERT, biologiste
Nassim FERHAT, chargé de mission

Ile-de-France

CPTS du XIIIème arrondissement de Paris

Hector FALCOFF, médecin généraliste, président
Marc BUGARET, médecin généraliste
Yourick BEGER, pharmacien
Jeanne GISPERT, médecin généraliste
Antonette MOREAU, infirmière libérale
Sophie DUBOIS, pharmacienne, coordinatrice du pôle

Normandie

Christine GARDEL, directrice générale de l'ARS (par téléphone)
Sandra MILIN, directrice de l'offre de soins à l'ARS (par téléphone)
Dr Antoine LEVENEUR, président de l'URPS Médecins libéraux (par téléphone)

ANNEXE : TYPOLOGIE

	Territoire rural	Territoire péri-urbain/ semi-rural	Territoire urbain
Taille du territoire	< 30 000 habitants Caractérisé par la rareté des ressources du second recours	Entre 30 000 et 80 000 habitants Présence d'un établissement hospitalier de référence et du second recours	> 80 000 habitants, ou zones urbaines denses
Nombre de PS	< 100 professionnels de santé	Entre 100 et 300 (en fonction de la densité de l'offre)	> 300 professionnels de santé
Acteurs	Professionnels de santé de premier recours Lien naturel avec l'hôpital local et l'EHPAD, souvent dans la CPTS	Premier et second recours	Premier et second recours
Partenaires	Association naturelle de toutes les ressources du territoire : CMP, PMI, médecine scolaire, etc.	EHPAD, hôpitaux, psychiatrie, PMI, médecine scolaire, HAD etc.	Extrêmement nombreux : établissements sanitaires ; offre médico-sociale ; dispositifs d'appui (PTA, CLIC, MAIA, réseaux, etc.) ; psychiatrie ; médecine scolaire, PMI, médecine du travail ; acteurs sociaux ...
Principaux enjeux	Maintien et consolidation de l'offre de premier recours Parcours des personnes âgées Soins non programmés et continuité des soins Accès aux médecins spécialistes	Lien ville-hôpital et lien avec le second recours Maintien de l'offre de soins Soins non programmés et continuité des soins	Lien ville hôpital pour désengorger les urgences, améliorer les parcours Soins non programmés et continuité des soins Améliorer la connaissance des ressources par les PS Enjeux de prévention et accès aux soins pour les populations fragiles
Fait générateur/ éléments facilitateurs	Structuration préalable en MSP ou expériences précédentes de coordination ou de délégation de tâches (Asalée, PAERPA, etc.). Actions préalables pour attirer des médecins	Structuration du premier recours (MSP ou autres) Associations de permanence des soins ou de formation Actions préalables pour attirer des médecins	Préexistence d'associations de permanence des soins ou de pôles ou de réseaux

SIGLES UTILISES

ACI	Accord conventionnel interprofessionnel
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANDPC	Agence nationale du développement professionnel continu
ARS	Agence régionale de santé
Asalée	Action de santé libérale en équipe
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CIS	Conseiller informatique et services
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
DAM	Délégué de l'assurance maladie
DCGDR	Direction de la coordination de la gestion du risque
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
DP	Dossier pharmaceutique
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESP	Equipe de soins primaires
ESMS	Etablissement social et service médico-social
ETP	Equivalent temps plein
FIR	Fonds d'intervention régional
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRADEs	Groupement régional d'appui au développement de l'e-Santé
HAD	Hospitalisation à domicile

HAS	Haute autorité en santé
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA	Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé
URPS	Union régionale des professionnels de santé
ODPC	Organisme de développement professionnel continu
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PMI	Protection maternelle et infantile
PSLA	Pôle de santé libéral ambulatoire
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SGMAS	Secrétariat général des ministères sociaux
SISA	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SNAC	Services numériques d'appui à la coordination
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TSN	Territoire de soins numériques
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie

BIBLIOGRAPHIE

Rapports

« Contribution à la transformation du système de santé », Haut conseil à l'avenir de l'Assurance maladie, juin 2018

« Simplification des relations entre les professionnels de santé de ville et les administrations », Charles de BATZ, Christian DUBOSQ, Igas n° 2017-154R, juin 2018

« Assurer le premier accès aux soins- Organiser les soins non programmés dans les territoires », rapport de Thomas Mesnier, député de Charente, mai 2018

« Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser », Cour des comptes, rapport public annuel 2018

« Bilan intermédiaire de PAERPA », Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018

« Stratégie nationale de santé : contribution du Haut conseil à la santé publique », septembre 2017

« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018, juillet 2017

« Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations », Rapport final d'évaluation réalisé pour le compte de la CNSA, Janvier 2017

« Evaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport Igas n°2014-010R, Philippe BLANCHARD, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI, décembre 2014

« L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France », rapport n°560, IRDES

« La coopération entre professionnels de santé », Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, 2014

« Le service public territorial de santé (SPTS) – Le service public hospitalier (SPH) », Bernadette Devictor, 2014

« Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain », rapport Igas 2013-11P, Philippe GEORGES, Cécile WAQUET, juillet 2013

« Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management » », rapport Igas n°2006-136P, Pierre-Louis BRAS, Gilles DUHAMEL, Etienne GRASS

« Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) », rapport Igas n°2006-22, Christine DANIEL, Bérénice DELPAL, Christophe LANNELONGUE

Guides méthodologiques

- « Organisations territoriales au service de la coordination – tome 2 : mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui », ANAP, avril 2018
- « Organisations territoriales au service de la coordination- tome 1 : construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes », ANAP, septembre 2017
- « Système d'information territorial pour le parcours et la coordination », ANAP, 2016
- « Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé », HAS, 2015
- « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », HAS, 2014
- « Guide méthodologique- améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », DGOS, octobre 2012

Ouvrages et articles

- « Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) », Questions d'économie de la santé n°235, Juillet/ Août 2018
- « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », Etudes et résultats n°1075, juillet 2018
- « 10 000 médecins de plus depuis 2012 » Etudes et résultats n°1061, mai 2018, DREES
- « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires », *Questions d'économie de la santé* n° 232; IRDES, avril 2018
- « La santé en mode territoire », Le concours médical, décembre 2017 tome 199
- « Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes », Études et Résultats, n°1036, Drees, octobre 2017
- « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital », Etudes et résultats, n° 1034 DREES, octobre 2017
- « Les maisons de santé pluri professionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire », Jihane SEBAI, Fatima YATIM, Revue française d'administration publique, 2017/4 (N°164)
- « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », Pierre-Louis BRAS, les tribunes de la santé n°57, hiver 2017
- « Les conditions de travail des médecins généralistes », « Portrait des professionnels de santé », édition 2016, DREES
- « La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire », Questions d'économie de la santé n°214, janvier 2016
- « Panorama des professionnels de santé », DREES, 2016

« Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », Les Tribunes de la santé 2016/1 (n° 50), p. 67-91, Pierre-Louis Bras,

« L'impact de l'exercice regroupé pluri professionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », Questions d'économie de la santé n°211, juillet-août 2015

« Les formes du regroupement pluri professionnel en soins de premiers recours », Questions d'économie de la santé n°201, septembre 2014

« Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », Études et Résultats, DREES, n°873, février 2014

« Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social », Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (2014)

« La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux », Questions économiques en santé N°157, septembre 2010, IRDES

Comparaisons internationales

« L'expérience américaine des *Accountable care organizations* : des enseignements pour la France ? », Questions d'économie de la santé n°227, avril 2017

« Le système de santé suédois », gestions hospitalières n°568, août/ septembre 2017

« Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation », OECD Health Working Papers, No. 98, OCDE, Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017)

« How much do OECD countries spend on prevention? », OECD Health Working Papers, No. 101, OCDE, Gmeinder, M., D. Morgan and M. Mueller (2017)

« Le système de santé anglais », gestions hospitalières n°552, janvier 2016

« The organisation of out-of hours primary care in OECD countries », OECD Health Working Papers, No. 89, OECD Publishing, Paris. Berchet, C. and C. Nader (2016),

« L'organisation du parcours de soins : les expériences étrangères », document annexé au rapport « innovation et système de santé », séance du Haut conseil à l'avenir de l'Assurance maladie du 22 octobre 2015

« Les systèmes de santé dans le monde », les tribunes de la santé n°51, été 2015

« Emergence des structures de santé de proximité : les MVZ en Allemagne », les cahiers de la fonction publique, numéro 354, avril 2015

« Le système de santé allemand », gestions hospitalières n°540, novembre 2014

« L'organisation des soins primaires et les enjeux de la coopération des professionnels de santé : les enseignements des systèmes de santé étrangers », annexe de l'avis sur la coopération entre professionnels de santé, HCAAM, 2014

« Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis », Pratiques et Organisation des Soins 2011/1 (Vol. 42), p. 27-34, Pierre-Louis Bras

« Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », Questions d'économie de la santé n°141, IRDES, avril 2009

« La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français », Santé Publique 2009/hs1 (Vol. 21), p. 27-38, Yann Bourgueil et al.

« Comment naît une « équipe » de soins ? Le cas des premiers Groupes de médecine de famille au Québec », Santé Publique 2009/hs1 (Vol. 21), p. 39-47, Anne Gauthier, Yvon Brunelle