

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Bibliographie thématique

Septembre 2024

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Véronique Suhard

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Table des matières

Bref historique des CPTS	2
Bibliographie.....	4
Rapports, études.....	4
Articles	24
Thèses, diplômes	55
Autres ressources	65

Bref historique des CPTS

Les communautés professionnelles territoriales de santé ont été créés par l'article 65 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.¹ Cette création s'inscrit dans une volonté d'une meilleure coordination des professionnels de santé sur un territoire donné via l'amélioration de l'organisation des soins de ville pour faire face aux enjeux du virage ambulatoire (croissance des maladies chroniques, tension démographique pour certaines catégories de professionnels de santé) et le développement de l'exercice coordonné entre la ville et l'hôpital. « *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* ». Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. « Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. « A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.

La stratégie nationale de santé de 2022² consacre les CPTS en promouvant leur généralisation³

Ces structures de soins peuvent bénéficier d'un financement conventionnel pérenne prévu par l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

³ <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>

coordonné et du déploiement des CPTS (ACI) qui a été signé entre les CTPS et l'Assurance-maladie en 2019, complété par 2 avenants en 2021⁴

Cette bibliographie est le fruit d'une veille sur des revues à caractère scientifique ainsi la presse professionnelle. Elle s'inscrit dans le cadre de la réflexion menée par l'Irdes sur les dynamiques professionnelles et territoriales en examinant le cas des CPTS depuis leur création en 2016.

Les sources utilisées sont les suivantes : bases de donnée documentaire (Irdes, cairn, EHESP, HAL) et la presse professionnelle

⁴ <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-conventionnel-interprofessionnel-pour-les-cpts>

Bibliographie

Rapports, études

Cour des comptes (2024). L'organisation territoriale des soins de premier recours. Paris : Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/organisation-territoriale-des-soins-de-premier-recours>

Définis par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP), les soins de premier recours recouvrent, outre les soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, les conseils des pharmaciens, les soins infirmiers et de kinésithérapie, les soins dentaires ou encore ceux assurés par les orthophonistes ou les psychologues. En France, l'accès à ces soins est de plus en plus difficile, au point que l'on qualifie une partie du territoire national de « désert médical ». Elle a été consacrée en France par plusieurs lois qui ont cherché à améliorer la couverture des besoins en améliorant l'efficacité du système de santé. Pour ces motifs, les juridictions financières ont poursuivi leur examen des aides publiques à l'organisation des soins de premier recours, engagé en 2023 avec l'analyse des aides des collectivités territoriales. Les attentes sont patentes (chapitre I) car les écarts se creusent, entre une demande de soins courants qui se diversifie et augmente et une offre de soins de premier recours qui fait apparaître des goulets d'étranglement (I). Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins de premier recours se sont accentuées (II), aggravant les tensions entre l'offre et la demande (III). Plusieurs mesures récentes ont pourtant visé, justement, à soutenir et à organiser ces soins de premier recours (chapitre II) mais leur analyse met en évidence leur caractère juxtaposé plus qu'intégré (I) et un ciblage insuffisant des moyens mobilisés (II). Pour construire une politique plus efficace (chapitre III), il convient d'abord de structurer et de piloter une politique publique, au niveau national comme dans les territoires (I), et de mieux mobiliser les nombreux outils existants pour donner une priorité effective à la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins (II). Il convient en outre d'agir davantage sur la régulation des demandes de soins (III).

Ministère chargé de la santé (2024). Plan 100 % CPTS. Paris : Ministère chargé de la santé

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/le-plan-100-cpts>

Fort de l'apport majeur des CPTS comme moteur de la structuration des soins primaires mais aussi de la confiance donnée aux soignants pour s'organiser, le président de la République a confirmé l'objectif de couvrir 100 % de la population par une CPTS d'ici fin 2023.

Pour répondre à cet objectif un rapport produit par 3 personnalités qualifiées à été rendu au ministère : ses propositions ont largement contribué à l'élaboration d'un plan 20 actions, qui doivent permettre de couvrir l'ensemble de la population française en CPTS. Les 5 axes du plan : animation du déploiement des CPTS et évaluer leur impact ; extension de la couverture en CPTS à 100 % de la population ; faire connaître et mobiliser les professionnels de santé dans et en dehors des CPTS4 ; accompagner les CPTS dans la réalisation de leurs missions, consolider et outiller la gestion des CPTS. Les indicateurs de suivi de ce plan comprennent le pourcentage de la population couverte par une CPTS, ainsi que la part de professionnels adhérents et actifs au sein de chaque CPTS.

Certain, M. H., Lautman, A. et Gilardi, H. (2023). "Tour de France des CPTS : Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé" Paris : ministère chargé de la santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

Lancées dans le cadre du plan ma Santé 2022, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) permettent à des professionnels de santé de s'associer au sein d'un territoire. Leur objectif principal est de renforcer l'organisation des soins de proximité, et de favoriser une approche populationnelle de la santé. Elles assurent une meilleure coordination des professionnels de santé, qu'ils travaillent en équipe ou en exercice isolé, et participent concrètement à la structuration des parcours de santé. L'objectif, rappelé par le ministre de la Santé et de la Prévention, François Braun, et la ministre déléguée Agnès Firmin Le Bodo, est la généralisation des CPTS sur l'ensemble du territoire d'ici la fin de l'année. Dans ce cadre, Agnès Firmin Le Bodo a lancé, en mars 2023 une mission « Tour de France » visant à faire un état des lieux des CPTS pour mesurer l'apport de ces communautés sur les territoires et identifier les facteurs clés de leur succès. Elle a pour cela saisi plusieurs personnalités qualifiées : le Docteur Marie-Hélène Certain, médecin généraliste aux Mureaux, Albert Lautman, directeur général de la CPAM de l'Essonne, et Hugo Gilardi, directeur général de l'Agence régionale de Santé Hauts-de-France. Près de 20 CPTS ont été rencontrées, plus de 270 CPTS ont participé aux travaux grâce à un questionnaire en ligne, et de multiples auditions d'experts et d'acteurs clés ont été menées. Ce rapport a été rendu à la ministre le 28 juin 2023. Après un bilan de l'existant et une analyse des leviers et des freins au développement des CPTS, il présente plusieurs propositions qui permettront d'atteindre l'objectif de généraliser les CPTS sur le territoire d'ici la fin de l'année 2023.

Cnam, P. (2023). "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024". Paris Cnam

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf

S'inscrivant dans une stratégie pluriannuelle, celui-ci présente 30 nouvelles propositions pour améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé dans un contexte de sortie de crise sanitaire où l'équilibre financier s'améliore : le déficit de la branche Maladie devrait ainsi être divisé par 3 en un an, passant de 21 Md€ en 2022 à 7 Md€ pour 2023. Le rapport pour 2024 plaide notamment pour renforcer la prévention face à certaines pathologies, propose des mesures incitatives pour encourager les bonnes pratiques et, en parallèle, un renforcement des contrôles pour lutter contre les fraudes ou les mésusages

Commission des comptes de la Sécurité sociale (2023). "L'exercice coordonné des professionnels de santé". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale In : ([Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2022, prévisions 2023 et 2024.](#))

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2023/2023-09-CCSS.pdf>

L'exercice coordonné désigne le cadre permettant le travail en équipe entre plusieurs professionnels de santé ayant un projet de santé commun. Cet exercice coordonné existe sous plusieurs formes, avec d'une part les équipes de soins primaires (ESP) pouvant être soit des centres de santé (CDS), soit des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), ou bien d'autre part les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que les équipes de soins spécialisés (ESS). Certaines expérimentations, menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, dessinent de nouveaux modes potentiels d'exercice coordonné.

De Pastre, A. C. et Ertel-Pau, V. (2023). "Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes en CPTS". Saint-Denis La Plaine, Has https://www.has-sante.fr/jcms/p_3473674/fr/acces-direct-aux-masseurs-kinesitherapeutes-en-cpts-avis-sur-le-projet-de-decret-concernant-l-experimentation-prevue-par-l-article-3-de-la-loi-du-19-mai-2023#ancreDocAss

La HAS rend un avis en tenant compte de plusieurs éléments notamment : de la littérature qui met en évidence certains éléments en faveur de l'accès direct notamment la réingénierie du diplôme de masseur-kinésithérapeute en 2015 formant les masseurs-kinésithérapeutes à plus d'autonomie mais qui préconise également le renforcement continu de cette formation, des capacités de triage, notamment par l'apprentissage de l'interrogatoire et de l'examen clinique en vue d'éliminer les diagnostics différentiels et les signes de gravité et la communication avec les professionnels de santé, en vue d'orienter efficacement les patients si nécessaire. Par ailleurs, une formation complémentaire pour les masseurs-kinésithérapeutes diplômés avant 2019 paraît indispensable. Des avis des Conseils Nationaux Professionnels et ordres sollicités qui précisent certaines situations où l'accès direct est envisageable mais qui mettent en garde notamment sur certaines situations où l'accès direct serait dangereux, sur le fait de limiter le nombre de séances, sur la difficulté d'application dans le cadre de CPTS notamment dans la transmission d'informations et sur l'absence d'évaluation de l'expérimentation.

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique . Service, D. (2024). "Dossier documentaire : Parcours (de soins, de santé, de vie) et coordination", Rennes : EHESP

<https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=900>

Depuis quelques années, la notion de parcours s'est imposée progressivement répondant à la nécessité de faire évoluer le modèle de soins dans un contexte marqué notamment par la prévalence accrue des maladies chroniques et le vieillissement de la population. Cette notion s'appuie sur un ensemble de dispositifs de coordination qui peuvent s'adresser à une population spécifique (personne âgée, handicapée...), à une pathologie particulière (réseau de cancérologie, réseau diabète...) ou à un segment d'un parcours de santé comme cela est proposé par l'Assurance maladie dans le cadre du programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO). Par ailleurs, elle induit de nouvelles compétences professionnelles et conduit à l'émergence de nouveaux métiers : gestionnaire de cas, coordonnateur de parcours, référent de parcours Ce dossier propose des ressources documentaires (ouvrages, rapports, articles, actes de congrès...) sur la notion de parcours et les dispositifs autour de la coordination. Il rappelle également le cadre (définitions, repères chronologiques, textes juridiques) et présente des sources complémentaires (communiqués de presse, sites internet...).

Haute autorité de santé (2023). "Engagement des usagers dans les maisons, centres et territoires de santé". Saint-Denis La Plaine, Has

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3448949/fr/engagement-des-usagers-dans-les-maisons-centres-et-territoires-de-sante

Ce guide s'adresse aux professionnels des centres de santé, des maisons de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi qu'aux usagers de ces structures. Inscrit dans le champ de la démocratie en santé, il apporte des repères méthodologiques et pratiques pour augmenter la participation des usagers dans les soins primaires. Le but est d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients et la qualité de vie au travail des soignants.

Ministère chargé de la Santé. (2024). "Service d'accès aux soins (SAS) : Retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés". Paris, Ministère chargé de la Santé

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf

A partir des données remontées par les 13 agences régionales de santé (ARS) pilotes, un bilan des 20 premiers services d'accès aux soins en fonctionnement a été établi par le ministère pour la période comprise entre le 2nd semestre 2021 et le 1er semestre 2022. Ce bilan permet d'observer de premières tendances : une organisation équilibrée entre la régulation médicale hospitalière et libérale, une augmentation de 24 % des appels au 15 sans dégradation de la qualité de la réponse, le recentrage des SAMU sur l'aide médicale

urgente, la réorientation efficace des patients vers un parcours de soins adapté en ville. Le bilan comporte également des recommandations opérationnelles pour les projets de SAS en cours de création afin d'accompagner la généralisation du dispositif en 2024, conformément au souhait exprimé par le Président de la République.

Nile Consulting (2023). "Pour un renouveau de l'offre de soins de premier recours". Paris, Nile <https://www.nile-consulting.eu/portfolio-item/mission-tour-de-france-des-cpts/>

En janvier dernier, lors de ses vœux aux forces vives, Madame Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé a annoncé le lancement d'une mission nationale chargée de faire le « Tour de France » des CPTS. L'objectif de la mission repose sur la mesure de l'apport de ces communautés à leurs territoires et sur l'identification de leurs facteurs clés de succès en vue d'une généralisation. Ce manifeste peut se résumer en trois mots-clés : Simplification, égalité et formation

O.R.S. des Pays de la Loire (2023). Profils Santé CPTS 2023. Nantes, ORS <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/profils-sante-cpts-2023>

De nouveaux profils Santé CPTS 2023, élaborés à la demande de l'Inter-URPS, sont disponibles pour 4 Communautés professionnelles territoriales de santé de la région. Ils viennent compléter les profils publiés en 2020, 2021 et 2022. Chaque profil de 8 pages présente 200 indicateurs concernant la démographie, l'environnement social, l'état de santé, l'offre et le recours aux soins ambulatoires. Il est accompagné d'un guide de lecture.

O.R.S. des Pays de la Loire (2023). "Exercice regroupé et coordonné des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire". Nantes, O.R.S. des Pays de la Loire (Panel en médecine générale - 2018-2021 - Pays de la Loire (ORS Pays de la Loire) 34) https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_panel4_mg_ExerciceRegroupe_34.pdf

Début 2022, 82 % des médecins généralistes ligériens déclarent exercer en groupe, selon le 4e Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Ce type d'exercice continue de progresser dans la région (+ 6 points par rapport à 2019), et est beaucoup plus répandu qu'au niveau national (+ 13 points). Cela est notamment lié au développement de l'exercice en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : 27 % des praticiens déclarent exercer dans ce type de structure dans la région. C'est 10 points de plus qu'au plan national et 9 points de plus qu'en 2019. L'implication des médecins au sein des Équipes de soins primaires (ESP) et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est également en

augmentation dans la région : début 2022, 24 % des praticiens déclarent faire partie d'une ESP (+ 10 points par rapport à 2019) et 29 % d'une CPTS en fonctionnement (+ 21 points). L'investissement des médecins dans ces dispositifs de coordination est également plus répandu dans la région par rapport au niveau national (respectivement 14 % et 20 %).

Sizaret, A. (2023). "Réalités des médecins généralistes en activité dans une zone sensible, représentation des futurs praticiens et exercice coordonné. Bibliographie". Iresp Bourgogne France Comté: 66p.

https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/20230922_cpts_asiz.pdf

Cette bibliographie présente une sélection de références de documents importants sur les pratiques des professionnels de santé dans le cadre d'un exercice coordonné. Elle répond à une demande de la Communauté professionnelle territoriale de santé CaPaciTÉS Besançon & Métropole dont un des objectifs est de promouvoir l'exercice coordonné. Ont été retenus des documents récents, voire très récents, accessibles en ligne et/ou consultables au Centre de documentation de l'Instance régionale en éducation et promotion de la santé Bourgogne Franche-Comté.

Bouchez, T., Rousseau, A., Fiquet, L., et al. (2022). "Chapitre 54 - Coopération interprofessionnelle, organisation pluriprofessionnelle". In: [Médecine Générale pour le Praticien]. Collège National des Généralistes, E. Paris, Elsevier Masson: 517-525.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294767104000541>

Cambon, M. et Martin, H. (2022). "Dynamiques territoriales de santé (ASV, CLS, CLSM) et exercice coordonné (CPTS, MSP, CdS) : Bibliographie commentée", Toulouse : Ireps

https://www.ireps-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/10/BIB_DTS_Exercicecoordo_202209_VF.pdf

Il y a une vingtaine d'années émergeaient les premières dynamiques territoriales de santé (DTS) portées par des collectivités : les Ateliers santé ville (ASV), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) puis, à partir de 2010, les Contrats locaux de santé (CLS). Ces trois dynamiques se déploient sur l'ensemble du territoire avec le même objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et la mise en place de parcours de santé plus cohérents tenant compte des réalités locales. L'accès aux soins y occupe une place majeure depuis de nombreuses années. Cette bibliographie a pour objectif de rassembler les principales sources sur ces problématiques.

Fabrique des territoires (2022). "L'articulation entre les dynamiques territoriales de santé (CLS, CLSM et ASV) et les CPTS : enjeux et questionnements. Enquête exploratoire", Paris : Fabrique des territoires

<https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2022/06/Dynamiques-territoriales-de-sante-et-CPTS-160622.pdf>

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

Fédération hospitalière de France (2022). "Territoires de santé. Une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population". Paris, FHF

https://www.fhf.fr/content/download/200598/1753912/version/1/file/Territoires_Sante-VF.pdf

La Commission « Parcours de santé et de vie, Prévention, Accès aux soins et Territoires » de la FHF a souhaité se pencher sur l'organisation territoriale de la santé dans un contexte de réformes majeures conduites ces dernières années (Ma Santé 2022, Pacte de refondation des urgences, Ségur de la Santé, hôpitaux de proximité...) mais également à l'aune de la crise Covid qui a bouleversé certaines pratiques et interrogé les organisations en place. La présente contribution s'est appuyée sur un collectif de travail très mobilisé au sein de la commission, ainsi que sur des présentations illustrant les réformes en cours et des témoignages d'acteurs de terrain : hôpitaux de proximité

HCAAM, P. (2022). "Organisation des soins de proximité : Améliorer l'accès de tous à des soins de qualité. Avis". Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/avis-hcaam-organisation-soins-pr.html>

Cet avis propose une traduction concrète de la responsabilité d'assurer l'égal accès aux soins pour tous, qui s'appuie sur les acteurs locaux et les dispositifs existants, selon un principe de subsidiarité visant à soutenir en priorité les solutions mises en place par les professionnels. Il s'agit d'une nouvelle alliance entre régulateur, offreurs de soins et population. Le régulateur est garant de l'accès aux soins et accompagne les professionnels, qui fournissent à la population les services qu'elle est en droit d'attendre. L'activité des offreurs de soins s'inscrit dans une mission de service public, qui n'est plus portée exclusivement par l'hôpital. Au final, il s'agit pour la population d'avoir accès à des parcours, qui garantissent le bon soin, au bon moment, par le bon professionnel, de les respecter dans une démarche solidaire, en étant véritablement actrice de sa santé. La première partie de cet avis porte sur le court terme, horizon pour lequel l'urgence de répondre aux besoins de la population impose des changements massifs mais aussi rapides et pragmatiques, s'appuyant sur l'existant. Il faut optimiser le temps médical et tirer le meilleur parti des compétences de chaque professionnel en améliorant l'organisation du travail. La seconde partie de cet avis porte sur le moyen terme, à

l'horizon d'une dizaine d'années. Les solutions immédiates à la crise sont cruciales mais elles ne peuvent pas tenir lieu de stratégie pour construire l'organisation des soins de proximité de demain, capables de répondre aux défis de la santé publique, des pathologies chroniques, du grand âge, des inégalités de santé. Les équipes de soins primaires intégrées qui existent aujourd'hui, maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels, ont démontré leur pouvoir de transformation du système : elles permettent de suivre plus de patients, d'améliorer la qualité des soins, d'enrichir la gamme des services proposés. Qu'elle qu'en soit la forme, le travail en équipe structurée, au sein de laquelle les professionnels se connaissent, travaillent quotidiennement ensemble, partagent un projet de santé et les données utiles à leur activité via l'interopérabilité des systèmes d'information, doit devenir d'ici dix ans le mode d'exercice majoritaire.

HCAAM, P. (2022). "Organisation des soins de proximité : Améliorer l'accès de tous à des soins de qualité. Rapport" Paris, HCAAM

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/rapport-hcaam-organisation-soins.html>

Dans l'avis qu'il a rendu en 2018 sur la stratégie de transformation de notre système de santé, le Hcaam a proposé une réforme systémique du système de santé. Ce rapport sur les soins de proximité s'inscrit donc dans le cadre de cette réforme d'ensemble et dans la lignée des travaux menés par le Haut conseil depuis 2018 pour l'approfondir en s'attachant à certains domaines stratégiques pour le schéma global : prévention, médecine spécialisée, ressources humaines, régulation des dépenses de santé. Pour concrétiser ces orientations et en tenant compte des évolutions intervenues depuis 2018, l'objectif de ce rapport est de formuler des propositions sur les formes d'organisation des soins de proximité les plus pertinentes pour fournir à la population, sur tout le territoire, les services qu'elle en est droit d'attendre. Mais en même temps qu'il faut poursuivre cet objectif à moyen terme de renforcer et structurer la première ligne de soins, la question de l'accès au médecin et aux autres professionnels de santé de proximité s'impose à présent comme une urgence absolue : dans un nombre croissant de territoires, la situation est actuellement critique et elle risque de se dégrader encore dans les années qui viennent compte tenu des perspectives de vieillissement de la population, de démographie médicale et, pour l'ensemble des professionnels, du manque d'attractivité de certains modes d'exercice. Le défi est de trouver des solutions immédiates, sans pour autant obérer une dynamique de transformation plus structurelle, qui est lancée aujourd'hui, qu'il faut accélérer et dont le pilotage doit être renforcé. Ce rapport n'aborde pas les questions de financement, qui ont fait l'objet d'un rapport récent du Haut conseil pour le financement de la protection sociale.

Renard, V. (2022). "Chapitre 1 - Place de la médecine générale dans le système de santé". In: [Médecine Générale pour le Praticien]. Collège National des Généralistes, E. Paris, Elsevier Masson: 3-8.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294767104000012>

Babinet, O. et Isnard Bagnis, C. (2021). "2. Les réponses de l'État permettent-elles de repeupler les déserts médicaux géographiques ?". In: [Les déserts médicaux en question(s)]. Rennes, Presses de l'EHESP: 25-41.

<https://www.cairn.info/les-deserts-medicaux-en-questions--9782810907595-page-25.htm>

Dans l'imaginaire collectif, le désert médical, c'est la campagne à perte de vue, des villages dépeuplés, sans écoles, sans services publics et quelques habitants obligés de s'exiler pour être soignés... Or, la réalité est tout autre : au-delà de territoires dépourvus d'offre sanitaire, les déserts sont partout, de la périnatalité à la dépendance, en santé mentale, dans les maladies rares... La discordance entre besoin et offre en santé est ici retenue comme l'expression d'un désert médical. Comment notre société peut-elle laisser s'installer, parfois à son insu, ces déserts médicaux ? Comment la pandémie a-t-elle pu aggraver encore la situation et quelles leçons en tirer ? Pourquoi les solutions, dont la e-santé, ont-elles tant de mal à émerger ? En 10 questions simples et directes, ce livre propose un panorama et une nouvelle vision des déserts médicaux qui intéresseront les collectivités, professionnels de santé et toute personne curieuse de la question des inégalités de santé.

Cornibert, A.-C. et Franck, N. (2021). "Chapitre 9 - Développer une stratégie de case management pour réduire les inégalités territoriales de santé". In: [Case Management et Psychiatrie]. Gozlan, G. Paris, Elsevier Masson: 123-130.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294770616000093>

Daclin, M. (2021). "Chapitre 3 - Parcours, proximité et prospectives". In: [Case Management et Psychiatrie]. Gozlan, G. Paris, Elsevier Masson: 31-50.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294770616000003>

Fauchier-Magnan, E. et Fenoll, B. (2021). "La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France" ; Paris ; IGAS

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article821>

Le ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS d'une mission d'évaluation de l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. Ce rapport dresse un panorama préoccupant des professions en charge de la santé de l'enfant : crise des différentes composantes de la médecine de l'enfant en ville (pédiatrie libérale, PMI et médecine scolaire), notamment du fait de leur démographie (44% des pédiatres libéraux ont plus de 60 ans) et de leur répartition inégale sur le territoire (8 départements comptent moins d'un pédiatre pour 100 000 habitants) ; rôle croissant des médecins généralistes, inégalement formés à la médecine de l'enfant ; perte d'attractivité de la pédiatrie et de la

chirurgie pédiatrique à l'hôpital ; mobilisation et valorisation insuffisantes des compétences des professionnels paramédicaux (infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture) ; difficultés de la pédopsychiatrie. La coordination des acteurs de santé de l'enfant reste un objectif insuffisamment concrétisé, notamment entre médecine de ville et hôpital.

Gardel, C., Blondel, J., Yvin, P., et al. (2021). "Renforcement de l'offre de soins en Guyane"
Paris : Igas

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article816>

Si l'état de santé de la population guyanaise s'améliore, d'importants retards sont constatés, amplifiés par les inégalités sociales et territoriales et par des spécificités épidémiologiques. Dans ce contexte, les ministres ont chargé, en lien avec les élus du territoire, les inspections générales d'une mission visant à renforcer l'offre de soins et à définir les jalons nécessaires à la création d'un centre hospitalier universitaire (CHU) de Guyane. Les indicateurs de santé et les carences relevés dans tous les segments (prévention et dépistage, soins primaires, offres de proximité et de recours des hôpitaux) plaident pour un renforcement de l'offre de soins. Il s'agit de répondre aux besoins actuels de santé de la population partout sur le territoire et d'anticiper les conséquences de la forte dynamique démographique. Au terme de ses investigations sur place, la mission formule 39 recommandations articulées autour de cinq thèmes : offre de soins, formation, recherche, attractivité, gouvernance. Parmi elles, 14 jalons essentiels sont autant de conditions à remplir en amont même de la création du CHRU de Guyane. L'ensemble de ces préconisations pourrait se traduire dans un 'plan opérationnel santé Guyane' à 5 ans impliquant l'ensemble des autorités publiques (État et collectivités territoriales) et des acteurs de santé, piloté par une agence régionale de santé aux compétences notablement renforcées.

PromoSanté (2021). "Diagnostic territorial", Paris : PromoSanté Ile-de-France

<https://www.promosante-idf.fr/nos-publications/focus-thematiques/focus-7-diagnostic-territorial>

Focus est une sélection thématique de ressources et liens utiles introduite par le point de vue d'un expert. Ce septième Focus présente des ressources en lien avec le diagnostic territorial, une étape incontournable pour les démarches locales de santé en vue de réduire ou au moins de ne pas aggraver les inégalités sociales de santé.

Simon, P. et Moulin, T. (2021). "Chapitre 15 - Organisation territoriale du parcours de soin". In: [Télémédecine et Télésoin]. Simon, P. etMoulin, T. Paris, Elsevier Masson: 91-96.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229477544400015X>

Vaglio, A. (2021). "Chapitre 8 - Case management dans les Hauts-de-France : une expérimentation territoriale à large échelle". In: [Case Management et Psychiatrie]. Gozlan, G. Paris, Elsevier Masson: 101-122.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294770616000081>

Bonzom, F., Chabotier, C., Gasser-Metz, C., et al. (2020). "Mieux accompagner les professionnels de santé : Quelle coordination territoriale et quels outils pour une structuration efficace des soins de ville ?". Saint-Etienne, EN3S

<https://en3s.fr/secudoc/produits-documentaires/publications-en3s/4095-2/>

[...] Face aux mutations de la demande de soins en France et aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont instauré des dispositifs de coordination ayant vocation à favoriser une pratique médicale collective et pluriprofessionnelle. [...] Malgré ces efforts, le déploiement de l'exercice coordonné reste inachevé en raison d'un isolement relatif des professionnels de santé et d'une offre d'accompagnement institutionnelle imparfaite. [...]. Dans ce contexte, le présent rapport a pour objet de proposer des solutions afin de favoriser le déploiement de l'exercice coordonné sur l'ensemble du territoire. Il s'attache à ce titre à envisager des axes d'amélioration, notamment en offrant d'une part un accompagnement adapté aux besoins des professionnels de santé et en faisant évoluer d'autre part la culture des acteurs institutionnels d'une posture de contrôleur payeur à celle d'accompagnateur.

PromoSanté (2021). "Diagnostic territorial", Paris : PromoSanté Ile-de-France

<https://www.promosante-idf.fr/nos-publications/focus-thematiques/focus-7-diagnostic-territorial>

Focus est une sélection thématique de ressources et liens utiles introduite par le point de vue d'un expert. Ce septième Focus présente des ressources en lien avec le diagnostic territorial, une étape incontournable pour les démarches locales de santé en vue de réduire ou au moins de ne pas aggraver les inégalités sociales de santé.

Sénat (2020). "Prise en charge en ville de l'épidémie de COVID-19 : la commission des affaires sociales publie les premiers résultats de sa consultation auprès des professionnels de la santé". Paris : Sénat.

Depuis le 31 mars 2020, la commission des affaires sociales a lancé une consultation en ligne auprès des professionnels de la santé. A ce jour, presque 4 000 médecins, pharmaciens, biologistes ou professions paramédicales ont répondu. « Deux préoccupations principales ressortent de la consultation », selon le président Alain Milon. « Face à l'épidémie, le manque d'équipements de protection et de tests a empêché la médecine de ville de remplir son rôle de premier recours, confortant le tropisme hospitalier de notre système de santé et aggravant la saturation des services d'urgence.

Dans les territoires où elle s'est structurée, notamment en CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), les résultats sont cependant différents et plutôt encourageants. L'autre préoccupation a trait aux difficultés économiques du secteur, dont l'activité a connu une baisse importante depuis la mise en place du confinement, qui devront être entendues et accompagnées. L'activité doit reprendre dans le respect des gestes de protection, au risque d'une seconde crise sanitaire liée au défaut d'accompagnement des personnes âgées et à la carence du suivi des patients chroniques. »

(2019). "Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé: Étude d'impact"

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b1681_etude-impact

Un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été présenté en Conseil des ministres le 13 février 2019 et sera débattu à l'Assemblée nationale à partir du 19 mars 2019. Parallèlement, des négociations conventionnelles sont en cours jusqu'en avril 2019 sous la direction de la Cnam afin de préciser les missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que le statut des futurs assistants médicaux. Ce rapport rend compte des résultats de l'étude d'impact du projet de loi.

Aubert, P. (2019). "Réforme des modes de financement et de régulation ». Vers un modèle de paiement combiné.", Paris : Ministère chargé de la santé https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Bergeron, M. et Moyal, A. (2019). "Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France : synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po", Paris : Sciences Po

https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019_0.pdf

Après une définition et un aperçu historique sur les soins primaires, cet ouvrage rassemble les communications données lors d'un congrès (Chaire santé, LIEPP...) sur la recherche et l'organisation des soins primaires en France. Un chapitre est consacré à une approche comparative des politiques de régulation des soins primaires dans plusieurs pays.

Bertrand, D., Bontoux, D., Plouin, P.-F., et al. (2019). "Analyse du plan «Ma Santé 2022, un engagement collectif» et propositions de l'Académie nationale de médecine", Académie nationale de médecine

<http://www.academie-medecine.fr/analyse-du-plan-%e2%80%89ma-sante-2022-un-engagement-collectif%e2%80%89-et-propositions-de-lacademie-nationale-de-medecine/>

L'Académie nationale de médecine a pris connaissance du plan «Ma santé 2022, un engagement collectif», proposé par le ministère des Solidarités et de la Santé, et en approuve les principales mesures. Le présent rapport résume l'analyse de l'Académie, formule des remarques portant sur plusieurs omissions, dont celle de la prévention, et propose neuf priorités portant notamment sur la réorganisation territoriale des soins, les nouveaux partenaires, la gouvernance hospitalière et l'apport du numérique.

Bourgeois, I., Bergeron, M. et Moyal, A. (2019). "L'invention de l'action organisée en médecine de ville", Paris : Sciences Po

<https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>

En France, les professions de santé sont régulées au niveau national. Hormis quelques réglementations territoriales à l'installation chez les infirmiers et les pharmaciens d'officine notamment, les conventions que les syndicats représentatifs des différentes professions de santé passent avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), régissent les liens qu'ils entretiennent. Les médecins sont eux soumis jusqu'en 2020 au numérisation clausus. Du côté des médecins, différentes conventions médicales (1998, 2005) ont progressivement fait évoluer la figure du médecin omnipraticien vers celle d'un professionnel de santé intervenant en première ligne. Pour autant, la régulation de la profession reste nationale et les modalités d'intervention conjointe, localement, des différents professionnels dits de « premier recours » ne sont pas pensées jusqu'au début des années 2000, période à laquelle apparaissent les premières réflexions sur une structuration de la production de soins de premier recours en France. Il faudra attendre

2009 pour que les soins de premier recours et les équipes de soins primaires soient définis dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST).

Deroche, C., Guillotin, V. et Daudigny, Y. (2019). "Organisation territoriale de la santé : accompagner les dynamiques locales sans imposer des modèles uniformes", Paris : Sénat

En amont de l'examen du projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, la commission des affaires sociales a décidé de faire un bilan des outils destinés à organiser la coordination entre les acteurs de santé au niveau des territoires, issus notamment de la loi « santé » de janvier 2016 et dont le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 » fait des piliers de la transformation souhaitée de notre système de santé : en particulier, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce premier bilan s'est nourri d'une vingtaine d'auditions et de deux déplacements à la rencontre de porteurs de projets, en Seine-Saint-Denis et en Meuse.

Fournier, C., Bergeron, M. et Moyal, A. (2019). "Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle", Paris : Sciences Po <https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) correspond au regroupement, sur un ou plusieurs sites, de professionnels de premier recours – au moins deux médecins généralistes et un paramédical – ayant formalisé leur collaboration par un « projet de santé » ajusté aux priorités de santé du territoire et avalisé par l'Agence régionale de santé (ARS). Le développement des MSP s'inscrit dans un mouvement ancien d'innovation organisationnelle, porté aujourd'hui par des professionnels de santé libéraux avec le soutien des pouvoirs publics, mouvement dont nous rappelons tout d'abord les racines dans une première partie de ce texte. Dans une seconde partie, nous décrivons le travail développé par ceux qui s'engagent dans ce mode d'exercice, avec des motivations variées. Cela nous amène, dans une troisième partie, à analyser le choc culturel vécu par ces professionnels. Ce choc apparaît encore en voie d'extension avec l'engagement des équipes des MSP dans le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Résumé d'auteur).

Merchier, M., Boeuf-Gibot, S. et Marty, L. (2019). "Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquête auprès des acteurs". [Villeurbanne], #2, CCSD <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484366/document>

Mesnier, T., Carli, P., Fillion, S., et al. (2019). ""Pour un pacte de refondation des urgences"", Ministère des Solidarités et de la Santé

<https://www.vie-publique.fr/rapport/272424-pour-un-pacte-de-refondation-des-urgences>

Le contexte de tensions auxquelles font face les structures de médecine d'urgence ont conduit en juin 2019 le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé à confier à MM. Thomas Mesnier et Pierre Carli le soin de mener une réflexion sur la prise en charge des urgences. Après avoir menés de nombreux entretiens et visites sur site les rapporteurs abordent dans le tome 1 l'ensemble des pistes de réflexions pour participer à la refondation des urgences, dans la continuité de la stratégie «Ma Santé 2022» avec une approche globale des parcours de soins urgents (amont, urgences en elles-mêmes et aval). Puis dans un second tome ils analysent de manière plus approfondie et technique cinq mesures spécifiques : l'organisation du service d'accès aux soins, la gradation des services d'urgence, la réforme des transports médicalisés, la formation des médecins et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). (R.A.)

Ministère chargé Santé (2019). "Accès aux soins : guide pratique pour les élus". Paris, Ministère chargé Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-elus-14-11-2019-vf.pdf>

Ce guide pratique s'adresse aux élus confrontés aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins. Il a pour objectif de leur donner une vision d'ensemble du cadre législatif et réglementaire et des dispositifs publics mobilisables. Il vise également à leur proposer des éléments méthodologiques concrets pour guider leurs initiatives et mettre en valeur les démarches portées avec succès par d'autres collectivités territoriales.

Ministère chargé Santé (2019). "Ma santé 2022 : un engagement collectif. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information", Paris : Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-d-information-ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

Le dossier d'information publié sur le site du ministère fait le bilan des résultats des outils que cette stratégie a développés pour lutter contre les déserts médicaux en accélérant le développement des communautés professionnelles territoriales de santé – et en adoptant de nouveaux leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité.

ORS Pays de Loire(2019). "Modes d'exercice et emplois du temps des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire.". Nantes : ORS Pays de Loire

Cette enquête menée fin 2018-début 2019 apporte des éléments actualisés sur l'exercice en groupe, et plus spécifiquement en maisons de santé pluri-professionnelles. Sont également évoqués les nouveaux modes d'exercice coordonné qui se mettent en place dans la région : Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de

soins primaires (ESP). L'emploi du temps des médecins généralistes est abordé de manière descriptive (durée hebdomadaire de travail, durée des consultations et visites...), et à travers le ressenti des médecins quant à l'adaptation de leurs horaires de travail à leur vie extra-professionnelle.

Rist, S. et Barthet-Derrien, M. S. (2019). "Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans" Paris : Ministère chargé de la santé
<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/famille-enfance/article/rapport-relatif-au-parcours-de-coordination-renforcee-sante-accueil-education>

Ce rapport avance onze propositions, regroupées autour de cinq thèmes, qui dessinent les grandes lignes d'un cahier des charges pour le parcours en santé des enfants de zéro à six ans. Le premier axe de ce cahier des charges concerne la mise en place d'une gouvernance territoriale adaptée, le deuxième axe concerne le développement de l'exercice coordonné, qui doit devenir la référence en matière de santé préventive. Le troisième axe de nos travaux concerne le développement des coopérations pluriprofessionnelles de santé. Le quatrième axe de nos travaux porte sur l'information mise à la disposition des familles concernant les examens et bilans de santé préventifs. Enfin, nous insistons sur l'importance des outils de liaison partagés entre professionnels, comme support d'une coordination renforcée.

Veziat, N. (2019). "Vers une médecine collaborative: Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France", Paris Puf

Les maisons de santé, pluri-professionnelles, qui regroupent médecins généralistes et différents paramédicaux ou pharmaciens, se multiplient sur le territoire et sont présentées comme une réponse à une offre de soin de plus en plus inégale sur le territoire. Dans cet ouvrage, il s'agit de comprendre qui instrumente l'autre, de l'État qui cherche à contrer une dégradation de la situation sanitaire de la population française, ou des promoteurs des maisons de santé qui veulent améliorer l'accès aux soins et leurs conditions de travail, mais aussi éviter une mise sous tutelle de leurs professions. En tant qu'intermédiaire entre les politiques publiques de santé et les professionnels, la Fédération des maisons de santé a été étudiée comme un groupe d'intérêt qui joue un rôle dans la gouvernance des soins primaires. Dans quelle mesure cette fédération participe-t-elle à la construction d'une communauté d'intérêts entre des professions de santé diversifiées et un État social en recherche de solutions ?

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance, M. (2018). "Contribution à la transformation du système de santé. Avis et Rapport 2018" Paris, France stratégie
<http://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

A la suite de l'ouverture par le gouvernement de la concertation préalable à la définition de la stratégie de transformation de notre système de santé, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a élaboré un rapport et un avis adoptés en séance plénière le 24 mai 2018. Le monde de la santé traverse aujourd'hui une crise qui affecte toutes ses composantes : établissements de santé, professionnels de ville et des établissements, structures publiques et privées, secteur sanitaire et médicosocial. Malgré des efforts constants, le système a peu bougé dans ses grandes caractéristiques héritées des réformes des années 1960-1970. Ce modèle, orienté vers une approche curative et individuelle de la santé, ne parvient pas à se transformer pour répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la transition démographique et épidémiologique. Partant de ce constat, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie propose de changer de paradigme et réitère son choix en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité aux besoins de la santé globale et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence. Pour répondre aux besoins de la population d'un bassin de vie, le HCAAM propose de constituer un réseau territorial de proximité avec des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui regroupent l'ensemble des intervenants ambulatoires des champs de la prévention, du sanitaire et du médicosocial, et des établissements de santé communautaire (établissements de santé intervenant en proximité et d'établissements de soins de suite et de réadaptation) recentrés sur des activités de médecine polyvalente, en particulier en gériatrie, et de maintien à domicile. Il s'agit pour le HCAAM d'aboutir à une organisation graduée et structurée par territoire autour d'un important pôle technique travaillant en réseau avec les établissements de santé communautaires de proximité. Les modalités et les conditions d'une telle transformation sont exposées dans ce rapport : implication des usagers et professionnels de santé, définition d'un socle de valeurs professionnelles adaptées au 21ème siècle, déconcentration du pilotage de la transformation, renforcement du rôle de régulation des Agences régionales de santé (ARS), etc.

Doineau, E., Mesnier, T. et Augros, E. (2018). "Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins" . Paris, Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-des-delegues-nationaux-a-l-acces-aux-soins>

Ce rapport rassemble les conclusions de la mission sur l'accès aux soins. Les solutions proposées pour lutter contre les déserts médicaux tournent autour de six axes : Encourager les stages ambulatoires et accompagner les projets d'installation ; Développer l'exercice coordonné ; Déployer la télémédecine ; Soutenir les nouveaux modes d'exercice ; Favoriser les délégations et coopérations interprofessionnelles et simplifier l'exercice libéral et libérer du temps médical. La mission est prolongée pour

une année afin de contribuer à l'organisation territoriale future et au développement des soins de proximité dans le cadre de Ma santé 2022.

Fauchier-Magnan, E. et Wallon, V. (2018). "Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS". Paris, IGAS

[www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R .pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R.pdf)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, ...). Environ 200 projets de communautés de ce type ont été recensés par la mission, portés par une mobilisation certaine des professionnels de santé malgré un soutien encore très modeste des autorités publiques. Ce rapport demandé à l'Igas par la ministre de la Santé dresse un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS, en appui à la Direction générale de l'offre de soins. Ce rapport présente le contexte de leur création et la situation deux ans plus tard. Il propose des éléments de cadrage, des principes d'action et des leviers pour renforcer le déploiement des CPTS.

HCAAM, P. (2018). "La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité. Avis du l'HCAAM". Paris, HCAAM

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_prevention_hcaam_25_octobre_2018.pdf

Cet avis s'inscrit dans le prolongement de la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 24 mai 2018 à la Stratégie de transformation de notre système de santé, proposant la constitution de réseaux de proximité portant la responsabilité populationnelle en matière de santé publique, prévention et promotion de la santé. Il définit les conditions de déploiement de la prévention et de son financement dans un cadre de droit commun au sein de la nouvelle organisation à mettre en place. Il s'agit d'inscrire la prévention dans l'activité courante des professionnels de santé et d'articuler leur intervention avec celle des autres acteurs dans les territoires. Le développement concomitant des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des contrats locaux de santé (CLS) dans un format rénové doit être mobilisé au service de cette priorité. La prévention est à cette intersection : « santé dans toutes les politiques » portée par les CLS et mobilisation des professionnels de santé au plus près des besoins. L'application concrète de ces propositions est illustrée à partir de l'exemple de l'obésité.

Mesnier, T. (2018). "Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires". Paris, Ministère chargé de la santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes>

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

Ministère chargé de la Santé (2018). "Ma santé 2022 : un engagement collectif", Paris : Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

La stratégie, annoncée le 18 septembre 2018 par le président de la République, propose une transformation en profondeur du système de santé autour de 3 engagements prioritaires : Placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de la réforme ; Organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité ; Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé. Ce dossier de presse rassemble les propositions du gouvernement français sur le plan de transformation du système de santé à l'Élysée. Quatre mesures emblématiques ont été annoncées : la suppression du numerus clausus dès la rentrée 2020 ; la création de 4.000 postes d'assistant médical d'ici à 2022, avec la mission de décharger les médecins d'actes simples comme la prise de tension ou de température, le suivi des rendez-vous, et des tâches administratives. L'envoi de 400 médecins salariés dans les déserts médicaux. Ils seront recrutés dès l'année prochaine sur la base du volontariat. Et la fin de l'exercice isolé d'ici à 2022 via la mise en place de 1.000 communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS). Par ailleurs, la part de la tarification à l'activité sera réduite à 50% des financements hospitaliers en 2022. Deux forfaits pour la prise en charge du diabète et de l'insuffisance rénale seront ainsi créés. Pour l'instant, seul l'hôpital est concerné. La médecine de ville sera ensuite impliquée et d'autres pathologies seront ciblées.

Pribile, P. et Nabet, N. (2018). "Stratégie de transformation du système de santé : Repenser l'organisation territoriale des soins. Rapport final". Paris, Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

Des parcours de santé plus fluides grâce à des interventions coordonnées de professionnels issus de secteurs différents et aux modes d'exercice divers, des soins de meilleure qualité grâce à une gradation de l'offre de soins et à un juste recours. En d'autres termes, que chaque patient qui le nécessite puisse disposer, autour du médecin traitant, d'éléments d'infrastructure nécessaires à sa prise en charge à proximité de son domicile : une permanence sanitaire infirmière, un support fiable logistique à domicile et de capacités d'hébergement temporaire. D'autre part, il est nécessaire d'organiser l'accès à une offre de soins graduée et complémentaire de prises en charge hospitalière. Tels sont les principaux attendus d'une meilleure organisation territoriale des soins. La mission considère que cette transformation territoriale ne peut s'opérer qu'en se fondant sur : un principe de prise en charge au domicile aussi longtemps et dès que possible de préférence à une prise en charge en établissement ; des innovations organisationnelles portées par les acteurs sur le terrain, facilitées par une simplification réglementaire et administrative ; la mise en responsabilité territoriale / populationnelle des professionnels et des acteurs du système de santé ; l'implication réelle des patients dans le fonctionnement du système .

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, (2017). "Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France. Guide pratique. Saint-Denis : Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/constituer-une-cpts-en-ile-de-france-guide-pratique>

Depuis 2010, l'exercice collectif et coordonné sous différentes formes (maisons et centres de santé pluriprofessionnels, cabinets de groupe), a mobilisé les professionnels de ville et attiré à nouveau de jeunes professionnels vers l'exercice ambulatoire ; une impulsion supplémentaire à l'organisation des soins de ville a été donnée en 2016 par la Loi de Modernisation de notre système de santé créant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les CPTS. Sous le vocable de CPTS, peuvent se retrouver souvent plusieurs unités de santé de premier et second recours, organisées soit en équipes de soins primaires soit en maisons ou centres de santé, soit encore en cabinets mono professionnels. Equipes regroupant des soignants médicaux et para médicaux libéraux ou salariés, parfois exerçant leur activité en individuel et reliés entre eux par un projet de santé commun. Toutes ces équipes accueillent des professionnels du second recours qu'ils soient libéraux ou hospitaliers et des professionnels du champ médicosocial, voire social. Le cadre des CPTS, volontairement souple, permet à chaque équipe de définir son périmètre d'intervention, ses priorités et, dans toute la région, des équipes peuvent se porter volontaires sur des territoires de taille et de configuration différentes mais en cohérence avec leur environnement. Ces CPTS peuvent avoir de multiples visages mais elles ont un point commun, pierre angulaire de chacune: le projet de santé territorial. Ce guide a l'ambition d'être un appui méthodologique à même d'aider les équipes qui souhaitent se constituer en CPTS. Après une description du cadre du CPTS, il propose des outils d'aide à la construction du CPTS, sous la forme de fiches

techniques, pour passer de la réflexion à la phase opérationnelle et répondre aux questions qui pourront se poser lors de sa construction.

Articles

Abes, N., Chadha, G. D., Douriez, E., et al. (2024). "Amélioration de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque : mise en place d'une formation des acteurs de santé des CPTS au sein d'un territoire de santé." *Le Pharmacien Clinicien* **59**(2): e163.

<https://doi.org/10.1016/j.phacli.2024.04.285>

Contexte L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection fréquente qui concerne 2 à 3 % de la population générale et 10 % des personnes de plus de 75 ans. Après une hospitalisation, 45 % des patients seront réhospitalisés la même année et 29 % décéderont dans l'année. Le parcours de soins est complexe, du fait des hospitalisations répétées et nécessite une coordination pluridisciplinaire entre la ville et l'hôpital. Un travail a ainsi été engagé au sein de notre territoire avec l'hôpital et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). **Objectifs** L'objectif du travail engagé avec les CPTS est d'optimiser le parcours de soins des patients autour de 4 axes de réflexion : l'optimisation du traitement, la sortie d'hospitalisation, la prise en charge cardiogériatrique et la formation à l'IC. Après concertation avec l'ensemble des CPTS, il a été décidé de construire une formation destinée à l'ensemble des acteurs de santé volontaires de la ville à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, au sein des 9 CPTS de notre territoire. **Méthode** Nous avons constitué un groupe de travail incluant 2 cardiologues hospitaliers, 1 pharmacien hospitalier, 1 gériatre, 1 infirmier spécialisé en IC, des acteurs des CPTS (médecins, pharmaciens et IDE). Nous avons organisé 3 réunions de construction de la formation. **Résultats** Douze vignettes abordant, au travers de cas cliniques, les éléments essentiels pour la prise en charge des patients IC ont été rédigées : signes d'alertes et de suivi (EPOF/EPON), examens complémentaires au diagnostic, appréciation de la gravité du patient, appréciation de la fragilité du sujet âgé, étiologies, interprétation des données biologiques, conseils hygiéno-diététiques, observance du traitement, parcours de soins, traitements médicamenteux, titration des traitements en ville, effets secondaires des traitements et précautions d'emploi. La formation des formateurs au sein de chacune des CPTS (médecin, cardiologue, pharmacien, IDE) se fera au travers de 2 sessions de 2 heures comprenant chacune 6 vignettes. Les 2 sessions sont programmées en janvier et février 2024. Au cours du 1er semestre 2024, chaque CPTS organisera des réunions à l'intérieur de sa propre CPTS pour que les formateurs assurent la formation des acteurs de santé volontaires, en utilisant les mêmes vignettes cliniques. Un questionnaire d'appréciation des acquis Woodclap sera réalisé avant et après la formation à partir des situations cliniques. **Discussion/Conclusion** La création de cette formation va permettre d'améliorer des

connaissances de l'IC des professionnels de santé de notre territoire. La formation que nous avons souhaitée pluridisciplinaire permettra également de mieux comprendre le rôle de chacun dans le parcours de soins des patients et d'améliorer ainsi les collaborations interprofessionnelles. À plus long terme, il est prévu de déposer un dossier DPC pour cette formation.

Colau, H. (2024). "Le guichet CPTS, un allié technique et administratif en Occitanie." Concours pluripro **146**(31): pp.14-15.

Afin d'accompagner les professionnels de santé qui souhaitent se lancer dans la création d'une CPTS, les URPS d'Occitanie ont imaginé une structure associative, active depuis près de cinq ans. Un outil original mis en place lors d'une convention signée en mars 2019 entre l'ARS Occitanie, l'Assurance maladie et les URPS.

Lesne, C. et Jacquet, M. (2024). "Décloisonnement entre ville et hôpital. Décryptage des freins et perspectives des coopérations sur le territoire." Revue Hospitalière De France(618): 18-23.

Les enjeux de décroisement entre la médecine de ville et l'hôpital ne sont pas récents. Dès les années 80, dans un contexte de crise sanitaire et économique, alors que la population en croissance affichait de plus en plus une logique consumériste dans son accès aux soins, les acteurs du système de santé français et les pouvoirs publics en évoquaient déjà les insuffisances. Le décroisement ville-hôpital interroge fondamentalement l'effectivité d'un parcours de soins fluide et sans rupture pour la population. Aujourd'hui, la question de son utilité ne se pose plus, mais la cloison reste manifestement bien solide. La réponse est indéniablement politique. Mais comment lever les freins à l'intervention sur les territoires de professionnels relevant de différents régimes juridiques et simplifier la coordination des parcours de soins ?

Martin, L., Ramsay, K., Houllier, J., et al. (2024). "Coordinateur : un métier en innovation, un métier en évolution? (Dossier)." pp.20-32.

L'organisation des soins primaires nécessite le déploiement de nombreuses activités de coordination et une évolution rapide, mais cohérente, des métiers. Comment le coordinateur met à disposition ses compétences au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ? Comment l'exercice collectif lui permet d'enrichir ses propres connaissances ? Zoom sur cette fonction d'appui qui innove chaque jour et participe à la transformation du système de santé.

Rios Guardiola, L. (2024). "Les territoires de la promotion de la santé." Horizon pluriel(39): 20p.

Depuis quelques décennies, le terme territoire en lien avec la santé n'a cessé d'être au cœur des débats et réformes développées en France.

Verdot, C., Salanave, B., Escalon, H., et al. (2024). "Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes en France : résultats du Baromètre de Santé publique France 2021." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(12): 240-249.

Introduction – Le manque d'activité physique (AP) et la sédentarité sont deux facteurs de risque de nombreuses maladies non transmissibles. Le suivi régulier de ces comportements au sein de la population générale est nécessaire pour évaluer leur impact sanitaire et adapter les politiques de prévention aux besoins de la population. Méthode – Cet article présente les niveaux d'AP et de sédentarité de la population adulte en France en 2021, à partir des résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 (France hexagonale et départements et régions d'outre-mer), ainsi que les facteurs sociodémographiques qui y sont associés. Le dimensionnement de ces enquêtes permet pour la première fois d'estimer ces prévalences au niveau régional. Résultats – En 2021, 73% des hommes et 59% des femmes atteignaient les recommandations en matière d'AP. La prévalence d'atteinte des recommandations complémentaires de renforcement musculaire était de 31% chez les hommes et 20% chez les femmes. Plus d'un adulte sur cinq déclarait passer plus de sept heures par jour en position assise et la prévalence d'un temps écran de loisirs supérieur à trois heures quotidiennes atteignait 39%. Seule la recommandation de rupture de sédentarité semblait bien observée. L'atteinte des recommandations d'AP était associée au sexe, à l'âge, au niveau de diplôme et à la taille de l'agglomération, de même que la situation professionnelle pour les hommes et la structure du ménage pour les femmes. La sédentarité était associée à l'âge, au niveau de diplôme, à la taille de l'agglomération, à la structure du ménage et à la situation professionnelle. L'atteinte des recommandations d'AP variait de plus de 15 points selon les régions. La Bretagne et l'Occitanie se distinguaient par une prévalence significativement supérieure à la prévalence nationale contrairement à l'Île-de-France et au Nord-Est de l'Hexagone qui présentaient des prévalences significativement inférieures à la prévalence nationale. Conclusion – Ces données permettent de dresser un état des lieux des niveaux d'AP et de sédentarité des adultes en France en 2021 et ciblent les populations et territoires à prioriser en matière de prévention.

Battistoni, J. (2023). "Urgences et soins de proximité : un rendez-vous à ne pas manquer !" Sève : Les Tribunes De La Santé(78): 37-48.

Plusieurs rapports de mission sur la crise des urgences hospitalières ont rappelé la place des médecins généralistes de pratique ambulatoire dans l'accès aux soins non programmés. Afin de remédier à cette crise, les pouvoirs publics ont souhaité créer un service d'accès aux soins (SAS) sur l'ensemble du territoire. Si les urgences médicales

sont relativement peu nombreuses en médecine générale, les soins non programmés représentent près de 20 % de l'activité quotidienne d'un médecin généraliste. Permanence et continuité des soins : deux notions distinctes, deux organisations complémentaires. Convention médicale, accord conventionnel interprofessionnel des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Fonds d'intervention régionaux : ces trois dispositifs financent les premiers SAS départementaux. Les médecins généralistes ont réalisé plus de 238 millions d'actes en 2022, répondant ainsi à environ 45 millions de demandes de soins non programmés ; 18 millions de passages aux urgences ont été enregistrés en 2021. Une douzaine d'acteurs de premier plan dessinent un bilan d'étape de la mise en place du SAS dans les départements pilotes. Trois enseignements se détachent de leurs propos : la création du SAS fait émerger de nouveaux besoins (régulation en proximité, qualification et priorisation des demandes, conseils, orientation, accès rapide à l'imagerie et au second recours) ; l'État doit encourager et soutenir la régulation réalisée par les secrétariats médicaux ainsi que l'organisation par les CPTS d'une réponse collective et territoriale aux demandes de soins non programmés ; les organisations portées par les CPTS doivent être développées puis financées comme le sont les Samu et les centres 15.

Bergeat, M., Vergier, N. et Verger, P. (2023). "Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale." Etudes Et Résultats (Drees)(1268)

Dans un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux, plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis 2016 afin d'améliorer l'organisation des parcours de soins, en renforçant la coordination entre les professionnels de santé et en libérant du temps médical. Début 2022, un médecin généraliste sur trois fait partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en fonctionnement ou en projet, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Cette part est en forte progression depuis 2019. Les médecins exerçant dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel sont plus nombreux à faire partie d'une CPTS. Près de quatre médecins sur dix (37 %) ont participé à une action organisée par une CPTS dans le cadre de la crise sanitaire due au Covid-19, qu'ils adhèrent ou non à une CPTS. Si la plupart des médecins connaissent le dispositif d'assistante médicale mis en place en 2018, seuls 5 % déclarent y recourir début 2022. Les médecins exerçant dans un groupe pluriprofessionnel ou adhérant à une CPTS sont plus nombreux à avoir une assistante médicale (respectivement 8 % et 12 %). Parmi les généralistes qui ne travaillent pas déjà avec une assistante médicale, la plupart (59 %) ne souhaitent pas en avoir. Les opinions sur ce dispositif sont en effet mitigées : moins de la moitié des médecins (41 %) estiment que les assistantes médicales constituent une solution pour mieux répondre aux sollicitations des patients.

Bourdillon, F. et Grimaldi, A. (2023). "Santé, mobiliser les territoires." Sève : Les Tribunes De La Santé(78): 75-82.

Mobiliser les territoires permettrait de franchir une étape dans la réforme de notre système de santé. Il est important que tout résident puisse accéder au système de santé sur son territoire. Nous plaçons pour 1° la création d'un service d'intérêt général associant les structures publiques de santé, les établissements à but non lucratif et les médecins généralistes en secteur 1 et 2° l'attribution d'une compétence santé aux collectivités territoriales. Nous souhaitons que l'État garantisse l'intérêt général et laisse une plus grande liberté d'action dans les territoires. L'État définit le cadre de la politique de santé, les plans nationaux et régionaux de santé. Les collectivités territoriales sont mobilisées pour organiser notamment l'accès aux soins et mettre en œuvre les actions de prévention adaptées à leur population.

Chamboredon, P. (2023). "[Advanced practice nurse, a growing status]." *Soins* **68**(875): 50-52. [10.1016/j.soin.2023.04.015](https://doi.org/10.1016/j.soin.2023.04.015)

Present throughout the country, nurses are a considerable asset in a context of medical desertification. It is therefore important to rethink the healthcare system by questioning the central place of doctors in the care pathway and by opening the way for direct access to other professionals, such as advanced practice nurses (APN). The year 2023 saw a change in this direction, with the passage of the Rist bill on improving access to care. This bill opens direct access to APNs working in coordinated practice structures and announces the implementation of an experiment in six departments on direct access to APNs working in territorial professional health communities.

Combes, C. (2023). "Revue de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé." *Kinésithérapie, la Revue* **23**(256): 51-53. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2023.02.002>

Résumé L'Assemblée nationale a adopté en première lecture la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Transmis au Sénat le 19 janvier 2023, ce texte pourrait permettre aux masseurs-kinésithérapeutes d'exercer leur art sans prescription médicale pour tout ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques ou la petite traumatologie mais, ce, dans la limite de dix séances maximum. Le cadre posé par le texte prévoit par ailleurs le versement du bilan de kinésithérapie au dossier médical partagé du patient et transmis au médecin traitant ainsi que la nécessité d'exercer dans une structure de soins coordonnés. La discussion en séance a, en outre, offert la possibilité aux kinésithérapeutes de prescrire une activité physique adaptée, notamment pour les patients atteints d'une affection de longue durée.

De Fontgalland, C., Lecourieux, S., Ménoret, F., et al. (2023). "Accès aux actes et consultations de second recours en région Centre-Val de Loire." *Santé Publique* **35**(3): 235-250.

Introduction : En région Centre-Val de Loire, l'offre de soins de second recours se caractérise par une démographie déficitaire et par de fortes inégalités territoriales, entraînant d'importantes difficultés d'accès aux soins. L'étude a été menée à l'échelle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) maillant la région, cadre idéal pour concrétiser des actions de santé publique. But de l'étude : Le but de cette étude était d'objectiver ces difficultés et leur géographie, sur la base du calcul de l'indice comparatif de consommation (ICC), afin de mesurer les écarts entre la consommation attendue et la consommation observée, et de quantifier le nombre de médecins nécessaires pour répondre aux besoins de la population, et qui sont donc actuellement « manquants ». Résultats : On observe un sous-recours aux soins de spécialité, notamment une inadéquation entre les besoins et l'offre de soins sur les lieux de vie, ainsi que de fortes inégalités territoriales, avec des différences marquées entre le recours libéral et le recours aux actes et consultations externes en secteur hospitalier. La région connaîtrait un déficit de 25 % de médecins spécialistes libéraux pour répondre aux besoins de sa population. Conclusions : L'accessibilité aux soins ne se résume pas à la proximité des soignants ni à leur densité, la proximité de zones d'activité étant un facteur associé à un meilleur recours aux soins. Cette étude permet d'identifier des zones d'action prioritaire par spécialité, pour renforcer l'accès au second recours et construire une plus juste répartition de l'offre, notamment par le déploiement de stages d'internes et l'organisation coordonnée et territoriale des médecins spécialistes hors médecine générale.

De Haas, P. (2023). "Place actuelle et à venir des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé et des CPTS dans la construction d'un service de médecine de proximité." *Médecine des maladies métaboliques* **17**(6): 499-503.

<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2023.08.003>

Résumé Face à l'accroissement du nombre de malades chroniques, de leur complexité, du vieillissement des populations et, d'autre part, face à la pénurie de médecins (déserts médicaux), la médecine de proximité, en France, tend à s'organiser aujourd'hui en exercice regroupé coordonné et pluriprofessionnel. Les Maisons et centres de santé se multiplient rapidement avec les incitations et l'aide de l'État, mais ceux-ci restent insuffisantes et/ou d'une lisibilité organisationnelle délicate. Le mode de rémunération à l'acte ou au forfait reste à déterminer. Cependant, le nombre de ces centres augmente de façon linéaire, sera le mode d'exercice très majoritaire demain, et correspond mieux aux aspirations des jeunes praticiens, des paramédicaux formés à cet effet (délégation de tâches), de missions territoriales qui diffèrent et, bien sûr, des besoins et attentes des patients. Mais ces changements sont un peu trop longs à venir. Summary Due to the increase in the number of chronically ill patients, their complexity, the aging of the population and, on the other hand, the shortage of doctors (medical deserts), localized medicine tends to be organized today in France as a coordinated grouped and multi-

professional practice. Health centers and community-based care are rapidly multiplying with incentives and aid from the state, but these remain insufficient and/or of delicate organizational clarity. The method of fee-for-service or flat-rate remuneration remains to be determined. However, the number of these centers is increasing linearly, they will be the majority mode of practice tomorrow and better corresponds to the aspirations of young practitioners, paramedics trained for this purpose (delegation of tasks), territorial missions that differ and of course, the needs and expectations of patients. But these changes are a bit too long in coming.

Etienne, É. et Fraychet, S. (2023). "Enjeux de l'expérimentation "Réfèrent parcours périnatalité". *Sages-Femmes* **22**(1): 16-18.

Goubet, N., Brillon, B., Vaillant, V., et al. (2023). "Les freins et les leviers à l'intégration des kinésithérapeutes dans les CPTS, une étude préliminaire." *Kinésithérapie, la Revue* **23**(255): 23-24.

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.12.041>

Introduction Le fil rouge de l'édition 2023 des JFK est « La recherche francophone au service de votre pratique ». Le concept de multidisciplinarité y sera représenté. Dans un contexte caractérisé par l'émergence de nouvelles formes d'organisations professionnelles, comme les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), et la nécessité pour la profession de développer des formes d'exercice coordonné (amplifiée par la pandémie Covid) [1], le Réseau Bronchiolite 59-62 et son partenaire l'IKPO (Institut de Kinésithérapie Podologie Orthopédie de la région sanitaire de Lille) se sont interrogés au sujet de l'implication des kinésithérapeutes de la région Hauts-de-France dans ce type de dispositif. Ce projet de recherche collaboratif vise à définir les freins et les leviers à l'intégration des praticiens dans les CPTS, mais aussi à confronter leur expérience au sein de ces organisations au regard de leurs attentes initiales. Matériel et méthodes Pour ce faire, une méthodologie mixte a été choisie : l'administration d'un questionnaire, mais aussi la mise en place d'entretiens semi-directifs [2]. L'approche quantitative a été menée auprès d'un échantillon de 100 kinésithérapeutes des Hauts-de-France non-membres des CPTS, sous forme d'un questionnaire, afin de recenser les obstacles à leur participation. L'approche qualitative a, elle, été menée auprès d'un échantillon représentatif de 20 kinésithérapeutes de la région, sous forme d'entretiens semi-directifs, afin d'analyser leurs savoirs expérientiels au sujet de ce type de fonctionnement. Les données recueillies par le questionnaire feront l'objet d'une analyse statistique descriptive avec croisement des données. Les données recueillies via les entretiens semi-directifs feront l'objet d'une analyse sémantique et thématique [3] qui, confrontées aux données quantitatives, feront l'objet d'une discussion au prisme de la sociologie des organisations. Résultats À ce jour, le projet est à l'étape de l'analyse des résultats du questionnaire qui semblent démontrer une méconnaissance des kinésithérapeutes du dispositif CPTS, induisant de fait un défaut d'investissement et de

participation. L'analyse des entretiens, elle, témoigne d'une volonté et conscience du travail en interprofessionnalité, toutefois nuancées par un défaut clair d'outillage et de formation pour le mettre en œuvre. Discussion/conclusion Ces résultats, une fois mis en discussion, visent à être portés à la connaissance de tous, via une publication scientifique courant l'année 2023.

Lessi, J. (2023). "Les structures de coordination des soins primaires en France." Tribunes de la santé: pp.65-74.

L'une des réponses aux multiples défis que rencontrent les soins primaires (enjeux de démographie professionnelle, médecine de parcours, territorialisation, place dans la gradation des soins, qualité des pratiques, etc.) au cours des deux dernières décennies a consisté à créer des structures ou cadres formalisés de coordination des intervenants. Ces nouvelles formes de coordination connaissent, pour certaines d'entre elles, une dynamique remarquable, et nourrissent une cinétique de coordination professionnelle aux implications plus vastes (délégation d'actes, etc.). Elles se sont toutefois ajoutées les unes aux autres, ou se sont succédées, à un rythme rapide, sans qu'un plan d'ensemble ait initialement présidé à leur développement, ce qui a pu soulever des interrogations sur leurs vocations respectives, et susciter une impression de chevauchement ou de concurrence. Un arrêt sur image est proposé pour en saisir l'architecture. Il est proposé schématiquement de distinguer des structures effectrices centrées sur une patientèle, les structures non effectrices centrées sur un territoire, et celles centrées sur les patients présentant des besoins particuliers.

Manus, J.-M. (2023). "Rétablir l'équité dans les déserts médicaux et l'accès à la santé pour tous." Revue Francophone des Laboratoires **2022**(548): 8-9.
[https://doi.org/10.1016/S1773-035X\(22\)00383-5](https://doi.org/10.1016/S1773-035X(22)00383-5)

Queneau, P. et Ourabah, R. (2023). "Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes." Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine **207**(7): 860-871.
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.06.003>

Résumé L'extrême gravité de la pénurie en médecins en France et la complexité du problème posé ont conduit l'Académie nationale de médecine à établir un état des lieux précis et à exprimer les recommandations suivantes : (i) proposer d'urgence : l'instauration d'un service médical citoyen d'un an pour les médecins nouvellement diplômés dans le cadre d'un engagement contractuel s'appuyant sur leur conscience professionnelle et excluant toute forme de régulation ou de coercition, notamment concernant l'installation. Ce service médical citoyen permettrait de renforcer la médicalisation des zones sous-denses et d'éclairer le choix de carrière des jeunes médecins par une expérience de terrain ; toutes mesures favorisant le cumul emploi-

retraite des médecins récemment retraités tout en permettant à leurs cotisations de générer des droits supplémentaires ; favoriser l'exercice multisite qui a déjà fait ses preuves dans notre pays lorsqu'il fut confronté à un déficit de soignants après la seconde guerre mondiale, et qui devrait retrouver une place privilégiée dans la lutte contre les déserts médicaux (par exemple un groupe de 5 médecins exerçant ensemble pourrait assurer une journée de consultations par semaine dans un cabinet décentralisé, avec des aides de la collectivité locale qui l'accueille) ; une sensibilisation de la population au bon usage de la médecine, incluant le respect des rendez-vous pris auprès des médecins et autres soignants, et la reconnaissance du service rendu par le système de santé français eu égard à sa complexité, son coût et ses difficultés d'exercice ; (ii) mettre en place au plus vite les autres mesures suivantes : redonner au médecin du temps médical : en optimisant les délégations de tâches à d'autres professionnels de santé (infirmiers, maïeuticiens, pharmaciens...) dans le cadre de parcours de soins coordonnés par le médecin, en respectant le champ de compétence de chacun ; en allégeant la charge administrative en simplifiant les réglementations et en recrutant des assistants médicaux, des secrétaires et des personnels informatiques ; promouvoir et faciliter l'exercice et les installations précoces dans les zones sous-denses (guichet unique, incitation au cumul emploi-retraite, exercices multisites, consultations délocalisées, bon usage de la télémédecine) ; renforcer la sécurité des médecins dans les zones sensibles ; réactiver les visites à domicile, en les valorisant financièrement et en les facilitant techniquement ; densifier localement les interactions avec l'hôpital ; augmenter immédiatement et significativement le « numerus apertus », en l'adaptant aux besoins des territoires, évalués avec les élus locaux, les médecins (libéraux, hospitaliers, universitaires) et les autres professionnels de santé, ainsi que les représentants des patients ; diversifier l'origine territoriale et sociale des étudiants par des incitations et des accompagnements dès le lycée ; développer les stages en zones sous-denses dès le deuxième cycle, en augmentant le nombre de stages et de maîtres de stage, et en créant des tuteurs ; éviter toute coercition concernant l'installation en médecine libérale, de même que lors des stages dans la quatrième année du DES de médecine générale.

Summary The severe shortage of physicians in France and its complexity have prompted the National Academy of Medicine to conduct a thorough assessment of the situation and to make the following recommendations: (i) urgent proposals: implement a one-year medical service for newly graduated physicians, as part of a contractual commitment based on ethical principles, and without constraints or regulations regarding their installation. This citizen medical service would strengthen medical services in under-resourced areas and provide practical experience for young physicians; encourage retired physicians to continue working while allowing their contributions to generate additional benefits; to combat medical deserts, encourage and give priority to multi-site practice, which has already proven successful in our country during the post-war health care shortage. For instance, a group of five doctors practicing together could provide one day of consultations per week in a decentralized practice, with support from the local community hosting the practice; raise public awareness of the proper use of medicine, respect for appointments and recognition of the service provided by the French

healthcare system, given its complexity, cost and difficulties of implementation; (ii) implement the following measures as soon as possible: optimize the delegation of tasks to other health professionals (nurses, midwives, pharmacists) to free up medical time and ensure coordinated care within the scope of the physician's competence; simplify regulations, reduce administrative burdens, and recruit medical assistants, secretaries, and computer specialists; encourage early practice and installation in under-supplied areas by offering one-stop shops, incentives for combined employment and retirement, multi-site practice, off-site consultations, and effective use of telemedicine; strengthen physician security in sensitive areas; make home visits financially rewarding and technically easier; improve local interactions with hospitals; increase the number of available medical places by adapting them to the needs of the territories, based on an evaluation by local elected officials, physicians (private, hospital, university), health professionals and patient representatives; diversify the territorial and social origins of students through incentives and support measures starting in high school; develop internships in under-resourced areas starting in the second cycle by increasing the number of internships and internship supervisors and by creating tutors; avoid any coercion to enter private practice, both during the fourth year of the DES in general medicine and during the one-year medical service.

Ramsay (2023). "Etude Concert-MSP. Concertation pluri-professionnelle en maison de santé : à qui profitent les échanges ?" Concours pluripro (le)(28): 14-17.

Quels professionnels sont les plus impliqués dans la concertation pluri-professionnelle ? À quel moment a-t-elle lieu ? Une étude interdisciplinaire (Concert-MSP) analyse les activités de concertation développées au sein de 10 maisons de santé.

Ramsay, K. et Bourdillon, F. (2023). ""Il faut valoriser l'engagement et le volontariat au lieu de la coercition dans les territoires" : Entretien avec François Bourdillon." pp.6-8.

Refondation du système de santé, mise en place d'un service de santé d'intérêt général territorialisé, réforme de l'hôpital... Autant de "mesures de rupture" que formule le Collectif de Professionnels et de Patients pour la Refondation de la Santé (CPPRS). L'un de ses coordonnateurs, François Bourdillon, présente dans cet interview les recommandations du collectif pour un changement de cap.

Revue Prescrire (2023). "Les communautés professionnelles territoriales de santé : pour mobiliser et coordonner les professionnels de santé." Revue Prescrire **43**(479): 698-703.

Définies en 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont pour objectif de mobiliser et coordonner les professionnels de santé et les acteurs médicosociaux d'un même territoire, afin de répondre à des problématiques de santé identifiées. Trois exemples spécifiques de CPTS sont présentés dans ce texte afin

d'illustrer les adaptations possibles des actions de santé et de prévention aux besoins de la population locale et aux spécificités territoriales.

Aubert, I., Kletz, F. et Sardas, J.-C. (2022). "L'intégration des enjeux de la logique de parcours dans les politiques publiques en santé: une lecture au prisme des régimes de gouvernamentalité." *Gestion & Management Public* **10**(3): 11-34.

Aumaréchal, L., Lebeau, J.-P. et Lebleu, M. (2022). "Intégrer les infirmières en pratique avancée dans les soins premiers ambulatoires : représentations et attentes des médecins généralistes." *Recherche en soins infirmiers* **150**(3): 66-78.

10.3917/rsi.150.0066

Introduction : la pratique avancée infirmière a été récemment introduite dans le système de soins français, suscitant des réactions très variées des professionnels du soin. Beaucoup de travaux se sont intéressés aux bénéfices de l'infirmière en pratique avancée (IPA), aux étapes à suivre pour favoriser son implantation. Très peu, en revanche, ont exploré le ressenti des médecins généralistes (MG). L'objectif de ce travail était d'explorer les représentations, ressentis et attentes des MG d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) vis-à-vis de la pratique avancée infirmière. Méthode : une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée a été conduite, à partir d'entretiens semi-directifs, individuels ou en focus groups, auprès des MG d'une CPTS. Résultats : 12 MG ont été interrogés. L'analyse axiale a permis de construire et caractériser deux catégories : « Être deux » et « Définir le métier ». Discussion : les propriétés situées à l'intersection de ces deux catégories avaient notamment trait à la question du « pouvoir médical ».

Bastide, N. et Nouvel, L. (2022). "L'accès direct aux soins de masso-kinésithérapie. Partie 2 : vers un nécessaire changement de paradigme de la prescription médicale." *Kinésithérapie, la Revue* **22**(244): 33-39.

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.09.010>

Résumé La création de la Communauté professionnelle territoriale de santé du Confluent a permis d'expérimenter un élargissement de l'accès direct au kinésithérapeute de manière structurée. Les données récoltées ont mis en lumière que, comme dans de nombreux pays étrangers qui le pratiquent depuis longtemps, cet accès direct est un modèle vertueux, sûr, efficace, rentable et qui peut contribuer à améliorer l'accès aux soins primaires. Le faible nombre d'adresses a amené à vérifier l'hypothèse selon laquelle les médecins prescripteurs méconnaîtraient les compétences réelles et actualisées des kinésithérapeutes. Le traitement statistique des données récoltées au travers d'un questionnaire adressé à un échantillon de prescripteurs du territoire de la Communauté professionnelle territoriale de santé du Confluent a vérifié l'hypothèse et mis en avant que la quasi-totalité des répondants est favorable à l'accès direct au kinésithérapeute, mais également demandeuse de formations communes et d'échanges

médico-kinésithérapiques. Niveau de preuve 5. Summary The creation of the Confluence's Territorial Health Professional Communities has allowed to experiment with an expansion of direct access to the physiotherapist in a formal way. The data collected showed that, as in many foreign countries that have been practicing it for a long time, this direct access is virtuous, safe, effective, cost-effective model and can help improve access to primary care. The low number of referrals led us to test the hypothesis that prescribing physicians are unaware of the real and up-to-date skills of physiotherapists. The statistical processing of the data collected through a questionnaire addressed to a sample of prescribers from the territory of the Confluence's Territorial Health Professional Communities verified the hypothesis and pointed out that almost all respondents are in favour of direct access to the physiotherapist but also requesting common training and medical-physiotherapy exchanges. Level of evidence 5.

Battistoni, J. (2022). "La médecine générale, une profession d'avenir!" Les Tribunes de la santé(3): 17-28.

Bornes, C. (2022). "[Liaison medicine in psychiatry: towards a synergy of skills for the benefit of patients]." Santé Publique **34**(5): 653-661.
10.3917/spub.225.0653

INTRODUCTION: The somatic problems of people living with mental illness have long been neglected. This can be explained by factors related to the illness itself, to socio-environmental determinants, but also to the organization of the health system. In France, a number of measures have been taken to improve the links between general medicine and psychiatry, with a view to providing comprehensive care. This desire to optimize coordination around the patient has led to the emergence of the concept of liaison medicine in psychiatry. METHODS: A narrative review of the literature was carried out by consulting the digital resources of the University Paris Cité, in particular the Medline, Cairn and Persée databases. RESULTS: Various care schemes have been developed to try to improve the physical health of people hospitalized in psychiatry, but these are local initiatives with no real national coordination. The training of resident students is a powerful lever for change. Protecting the physical health of people with mental illness is a global health issue, and one that is of central concern to many countries. CONCLUSION: Liaison medicine in psychiatry is of proven benefit to patients and should now be extended to the whole of France. However, efforts must also be made to strengthen the city-hospital link, as outpatient care accounts for more than 80% of the active file in psychiatry. The territorial professional health communities (CPTS) will have a decisive role to play.

Capgras, J.-B. et Pascal, C. (2022). "de santé en action: les Maisons de santé pluri-professionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale." Revue Politiques et Management Public **39**(3): 439-459.

Carricaburu, J. et Lyon-Caen, O. (2022). "La pertinence des soins." Médecine des maladies métaboliques **16**(3): 233-236.

<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.02.009>

Résumé Un soin pertinent est approprié. Associé à la qualité et à la sécurité, il devient le soin idéal. Cette notion est toutefois relative car le soin doit aussi s'adapter au profil du patient et à l'environnement territorial. La déclinaison de la pertinence a des conséquences sanitaires individuelles et collectives, ainsi qu'économiques. La pertinence enseignée à l'ensemble des étudiants en santé devrait être la clé de voûte de la pratique quotidienne de tout professionnel. Summary Relevant care is appropriate care. Paired with the notion of quality and safety, it becomes the ideal treatment. This notion is relative, as the treatment must also be tailored in accordance with the patient's profile and the territorial environment. The implementation of relevant care leads to health and economic consequences. The relevance taught to all health students should be the reference for the daily practice of all health professionals.

Cret, B., Guilhot, N., Capgras, J.-B., et al. (2022). "07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluri-professionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale." Politiques & management public **3**(3): 439-459.

10.3166/pmp.39.2022.0021

Cet article analyse dans quelle mesure les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) favorisent la coopération interindividuelle et interorganisationnelle au sein de leur territoire. La croissance exponentielle du nombre de ces structures depuis une dizaine d'années (de 174 en 2012 à plus de 1 200 en 2019 selon la Fédération française des maisons et pôles de santé) en fait un terrain d'observation privilégié de l'effet des politiques publiques sur les dynamiques de coopération entre professionnels de santé qui sont devenues centrales dans l'organisation territoriale de soins depuis une quinzaine d'années. En mobilisant une analyse néo-structurale multiniveaux (Lazega, Jourda, Mounier, et Stofer, 2007), nous étudions les processus de coopération impliquant les MSP sur une partie du département de l'Ain, au niveau interindividuel, au niveau interorganisationnel et dans les interactions entre ces deux niveaux. L'étude croisée de ces deux systèmes d'interdépendance (Lazega, 2015 ; Lazega et Snijders, 2016) nous permet d'apprécier la coopération « en action » au sein des MSP. L'analyse statistique des réseaux construits montre que les MSP semblent favoriser les échanges interprofessionnels sur le territoire étudié et jouer un rôle structurant dans le partage des dossiers patients entre organisations. Pour autant, l'analyse multiniveaux ne montre pas que les professionnels de santé s'adressent préférentiellement aux professionnels des MSP : les caractéristiques propres à l'individu (sexe, âge, ville d'exercice) et à sa position structurale restent dominantes dans la construction des échanges professionnels. Le non-alignement des liens entre organisations avec les liens entre individus questionne la

cohérence des politiques publiques favorisant l'exercice regroupé, qui porte à la fois sur les professionnels en tant qu'acteurs individuels et sur les organisations de santé en tant que cadre d'exercice collectif.

Falcoff, H. (2022). "Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : des missions de santé publique essentielles, mais des obstacles à leur mise en œuvre." Médecine des maladies métaboliques **16**(3): 243-248.
<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2022.02.002>

Résumé Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des organisations territoriales, instituées par la loi, mais dont la création est laissée à l'initiative des professionnels de santé. La loi leur assigne six missions de service public : l'amélioration de l'accès aux soins ; l'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé ; le développement d'actions territoriales de prévention ; le développement de la qualité et de la pertinence des soins ; l'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire ; la participation à la réponse aux crises sanitaires. Ainsi, fin 2021, 205 CPTS avaient signé un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec l'Assurance maladie et l'agence régionale de santé (ARS) de leur territoire. Les actions pilotes menées par les premières CPTS ont montré leur capacité à promouvoir des soins centrés sur le patient, des parcours de santé intégrés, et un meilleur accès aux soins des personnes socialement fragiles. La généralisation des CPTS est freinée aujourd'hui par des obstacles politiques, administratifs, technologiques et pédagogiques. Summary The Territorial Professional Health Communities (TPHC) ("Communautés Professionnelles Territoriales de Santé" [CPTS]) are territorial organizations, established by law, but whose creation is left to the initiative of health professionals. The law assigns them six public service missions: improving access to care; organization of care pathways involving several health professionals; development of territorial prevention actions; development of quality and relevance of care; support for health professionals in their territory; participation in the response to health crises. As of January 4, 2022, 205 TPHC had signed an Interprofessional Agreement ("Accord Conventionnel Interprofessionnel" [ACI]) with the national Health Insurance and their regional health agency. Pilot actions carried out by the first TPHCs have demonstrated their ability to promote patient-centered care, integrated health pathways, and a better access to care for socially vulnerable people. The generalization of TPHCs is currently held back by political, administrative, technological and pedagogical barriers.

Jedat, V., Desnouhes, A., Andrieux, M., et al. (2022). "État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine." Santé Publique **34**(2): 231-241.

Lard, B. d. (2022). "Crise des urgences : le cadre juridique de la coopération avec la médecine de ville est-il suffisant ?" Gestions Hospitalières(617): 390-392.

À la question de la crise que traversent actuellement les services d'urgence en France répondent de nombreux témoignages, initiatives, retours d'expérience qui alimentent la réflexion sur les actions à engager, à court et moyen termes. Le plan national «Ma santé 2022», lancé en 2018, mesurait la question des soins non programmés à l'aune d'une refonte de l'organisation des soins de premier recours, avec le déploiement des CPTS: «L'exercice isolé doit devenir l'exception d'ici à 2022; les soins de proximité de demain appellent à un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé. Cet exercice coordonné signifie qu'à l'échelle d'un territoire [...], l'ensemble des professionnels de santé doivent s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, [...] La réalisation de toutes ces missions, qui devient un problème de plus en plus aigu sur de nombreux territoires et participe à la saturation des services des urgences, sera confiée aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et sera au cœur d'un contrat entre les professionnels de santé et la population de leur territoire. Les soins de premier recours, grand sauveur des services d'urgence? A minima une collaboration nécessaire et prometteuse pour les services d'urgence.

Lopez, R. (2022). "Les déserts médicaux et le financement des CPTS." Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(40): 4.

L'auteur dénonce l'inadaptation des CPTS prévues par la loi qui sont maintenant passées sous le contrôle des médecins libéraux. La population est éloignée du dispositif et les financements serviront les intérêts de quelques-uns. Il prend l'exemple de la région des pays de la Loire.

Miossec, L., Souffois, L. et Demiguel, A. (2022). "[Territorial professional health communities in close proximity to patients]." Rev Infirm **71**(278): 19-22.
10.1016/j.revinf.2021.12.004

Territorial professional health communities have been set up by liberal healthcare professionals who, maneuvering this recent mechanism, are committed to improving care and coordinating patient care in their territories, at the crossroads of the city and the hospital. Feedback from a Breton team.

Moyal, A. et Fournier, C. (2022). "Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France." Sève : Les Tribunes De La Santé(71): 33-45.

Notre système de santé est confronté à des enjeux démographiques, épidémiologiques, professionnels et organisationnels connus de longue date. La stratégie gouvernementale appelée « Ma santé 2022 » affiche l'ambition de relever un certain nombre de ces défis.

Elle concentre notamment des mesures visant à poursuivre et à renforcer la structuration des soins de proximité, y compris des soins primaires. Après avoir rappelé ces mesures et montré dans quelles transformations elles s'inscrivent, nous interrogeons leurs effets, tels que perceptibles au bout de quatre ans. Si des évolutions positives sont à noter, comme la poursuite du développement progressif d'un exercice pluriprofessionnel coordonné et d'activités de santé publique inscrites dans les territoires, de nombreux défis restent à relever pour structurer et consolider une première ligne de soins, et lui permettre de contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Mrozovski, J.-M., Castagné, E. et Legrand, V. (2022). "Travailler ensemble, la clé de l'efficience." *Actualités Pharmaceutiques* **61**(613): 45-48.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.12.027>

Pour être plus efficace, le système de soins doit dépasser le travail en silo. L'émergence des maisons ou pôles de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé favorise un fonctionnement basé sur la synergie, où chaque acteur apporte ses compétences. La réussite tient en la capacité à mettre en œuvre un projet au bénéfice des patients. Working together, the key to efficiency To be more efficient, the healthcare system must move beyond working in silos. The emergence of health centers or clusters and territorial professional health communities favors an approach based on synergy, where each player contributes his or her skills. Success lies in the ability to implement a project for the benefit of patients.

Simon, P. (2022). "Cadre de la télémédecine." *La Presse Médicale Formation* **3**(5): 430-438.
<https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2022.10.006>

Points essentiels L'approche française de la télémédecine prend en compte la tradition de la médecine clinique. Les pouvoirs publics ont mis à la disposition de chaque citoyen français un espace numérique en santé, appelé « mon espace santé » (MES). Les quatre services numériques que comporte MES (dossier médical partagé, messagerie sécurisée, agenda, et catalogue d'applications numériques) contribueront à rendre les pratiques de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance médicale) sécurisées et pertinentes, se rapprochant ainsi de la médecine clinique traditionnelle qu'elles complètent dans le parcours de santé, en particulier celui des patients atteints de maladies chroniques

(2021). "Coordination des soins en ville : la perception et les attentes des médecins spécialistes exerçant une spécialité médicale (hors médecins généralistes) dans le 13^e arrondissement de Paris." *L'information psychiatrique* **98**(8): 729-730.
10.1684/ipe.2021.2323

(2021). "Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une opportunité pour la psychiatrie de secteur." *L'information psychiatrique* **98**(8): 703-714.

10.1684/ipe.2021.2319

Ferru, M. et Omer, J. (2021). "Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités." *Innovations* **65**(2): 21-48.
10.3917/inno.pr2.0109

L'objectif de notre recherche, essentiellement empirique, est de questionner le dispositif récent des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), dispositif d'un enjeu majeur pour l'amélioration du fonctionnement du secteur de la santé en cherchant à améliorer la coordination territoriale de ses acteurs. Grâce à des entretiens semi-directifs auprès des professionnels du secteur, nous proposons une relecture du dispositif en termes de proximités. S'il apparaît que le dispositif – dans sa définition et son utilité – ait été assimilé par les professionnels et qu'il crée une certaine proximité institutionnelle, les acteurs de terrain émettent leurs doutes quant à sa mise en œuvre et son fonctionnement concret. Ces interrogations sont révélatrices du manque de proximités organisationnelle et cognitive entre acteurs de la santé, que le dispositif ne permet pas de combler de manière spontanée. L'animation du réseau apparaît dans ce cadre essentiel, la proximité relationnelle entre les professionnels pouvant combler le manque des autres formes de proximités. Codes JEL : H51, I18

Fournier, C., Michel, L., Morize, N., et al. (2021). "Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale. ". *Questions d'Economie de la santé (Irdes)* 260
<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.html>

Ce premier volet de l'enquête Exercice coordonné en soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 (Execo²) concentre le regard sur les reconfigurations de l'organisation des soins primaires durant la première vague de l'épidémie (mars à juin 2020), au sein de six territoires de France hexagonale aux caractéristiques contrastées. Cette enquête sociologique qualitative repose sur une étude de cas comparative, fondée sur une connaissance préalable des territoires investigués et sur des entretiens, menés entre mars et décembre 2020, auprès de membres d'équipes pluriprofessionnelles de soins primaires et de leurs partenaires dans la réponse à l'épidémie. La crise, en suspendant les routines de travail, agit comme un révélateur des territoires d'action des soins primaires faisant sens localement, qui apparaissent distincts des territoires administratifs officiels. Selon les contextes, l'épidémie suspend, active ou amplifie des coopérations pluriprofessionnelles et des coordinations intersectorielles préexistantes, plus qu'elle n'en crée de nouvelles. S'observent deux mouvements antagonistes d'affaiblissement ou de renforcement des dynamiques préexistantes.

Fournier, C. et Clerc, P. (2021). "La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton." Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires (Rfst) En ligne.

<https://journals.openedition.org/rfst/869>

Comment une organisation territoriale des soins primaires se construit-elle en temps d'épidémie, en prenant appui sur un système d'action préexistant à l'échelle du territoire ? L'étude de cas menée entre mars et septembre 2020 mêle observation participante et entretiens sociologiques avec 21 professionnels impliqués dans cette organisation, à l'échelle d'un canton sous-doté en offre de soins, centré sur une métropole urbaine défavorisée au plan socioéconomique. L'histoire des relations entre les acteurs du territoire, incarnées depuis peu dans une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), apparaît centrale dans la construction d'une organisation des soins primaires en temps d'épidémie, permettant aux acteurs - libéraux, élus locaux et hospitaliers - d'exercer un mandat de santé publique. Cette expérience questionne la capacité des CPTS à poursuivre leur contribution, après l'épidémie, à l'organisation des soins primaires répondant à une démarche de promotion de la santé, dans un système où des logiques professionnelles, gestionnaires et politiques peuvent entrer en tension.

Gautier, S., Ray, M., Rousseau, A., et al. (2021). "Soins primaires et COVID-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs." Santé Publique **33**(6): 923-934.

<https://10.3917/spub.216.0923>

Introduction : L'épidémie de COVID a présenté un défi majeur pour les acteurs et les organisations des soins primaires en France. L'objectif de ce travail réalisé par le réseau de recherche ACCORD, associant praticiens et chercheurs, est de décrire et d'analyser en interprofessionnalité les adaptations et organisations précoces des acteurs des soins primaires durant le premier confinement. Méthodes : Ce travail confronte du matériel quantitatif et qualitatif. Les données quantitatives résultent d'une exploitation croisée des six enquêtes en ligne réalisées par le réseau ACCORD, entre mars et mai 2020, auprès des médecins généralistes, sages-femmes et structures pluriprofessionnelles en France. Ces données ont été enrichies d'échanges collectifs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires, conduits en groupes focaux lors d'un séminaire dématérialisé. Résultats : Durant la période considérée, une baisse importante de l'activité en soins primaires a été constatée. Les acteurs ont été nombreux à adapter leurs organisations pour concilier risque épidémique et maintien de l'accès et de la continuité des soins. Les sources d'information utilisées par les professionnels se sont avérées très variables. La crise a révélé des réseaux d'échange et de collaboration importants au niveau des territoires. Conclusion : Face à la crise sanitaire, les acteurs des soins primaires ont adapté leurs organisations et leurs pratiques de façon précoce et diversifiée, soulignant l'importance des organisations préexistantes et des collaborations à l'échelon territorial.

Raynaud, J. et Le Bouler, S. (2021). "Accès aux soins et politiques d'aménagement du territoire." Journal De Droit De La Santé Et De L' Assurance Maladie(29): 67-74.

Les « déserts médicaux », les « difficultés d'accès aux soins » sont des sujets omniprésents dans l'actualité des territoires. Les questions de santé n'ont pas attendu la crise Covid pour s'imposer à l'agenda local. Face à ces difficultés, les collectivités sont amenées à renforcer leur travail de coordination territoriale, à la fois pour soutenir le travail des acteurs de santé en termes d'organisation du système de soin, mais aussi pour consolider leur accessibilité et leur attractivité. On a là un authentique problème d'aménagement du territoire, à plusieurs dimensions : c'est d'abord un problème de santé en termes de perte de chance ; c'est aussi le pendant sanitaire d'un sentiment plus large d'abandon des territoires concernés ; c'est enfin un problème d'attractivité croisée (la présence des soignants est un élément-clé de l'attractivité pour la population ; la présence des autres services publics est un déterminant de l'implantation des professionnels de santé). Les solutions ne sauraient donc être unidimensionnelles. Nous en esquisserons un certain nombre. Nous évoquerons enfin la crise Covid comme banc d'essai de ces organisations nouvelles (tiré du texte).

Schweyer, F.-X., Fiquet, L., Fleuret, S., et al. (2021). "Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales." Revue francophone sur la santé et les territoires. En ligne <https://journals.openedition.org/rfst/976>

Tran-Phong, E. (2021). "Vers une nouvelle organisation territoriale des soins." Médecins : Bulletin d'information De L'ordre National Des Médecins(74): 18-24.

De nombreux territoires souffrent en France d'une faible démographie médicale, qui rend difficile l'accès aux soins pour leurs habitants. Cette problématique était au cœur de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, puis du Ségur de la santé. Mais il persistait encore un certain flou autour de l'application des mesures qui y étaient annoncées en faveur des modes d'exercice coordonné en ambulatoire. Les ordonnances publiées au Journal officiel du 13 mai 2021 viennent préciser ces orientations, en ce qui concerne notamment l'assouplissement des règles encadrant les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les hôpitaux de proximité ou encore l'hospitalisation à domicile (HAD).

(2020). "Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : une réponse organisationnelle territoriale adaptée au déploiement de territoires promoteurs de santé." Kinésithérapie, la Revue **20**(218): 41-42. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2019.12.018>

(2020). "Profil santé 2020. Profil santé 2020. CPTS Centre Vendée". Nantes, ORS

Cette étude de l'ORS rassemble près de 200 indicateurs concernant la démographie, l'environnement social, l'état de santé, l'offre et le recours aux soins à l'échelle de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Centre Vendée. Elle offre notamment aux différents acteurs de cette CPTS une meilleure connaissance de la population de ce territoire, et contribue à l'identification de certains enjeux territoriaux de santé.

Ayme, S., Colau, H., Rabeharisoa, V., et al. (2020). "Des outils pour faire évoluer le système de santé." Sève : Les Tribunes De La Santé(63): 25-76.

Confronté à des défis épidémiologiques, économiques et technologiques, le système de santé est au cœur d'un processus inédit d'innovations et d'expérimentations. Devant ce foisonnement d'initiatives, il est parfois difficile d'identifier de grandes tendances et de fixer des repères pour la réflexion et l'analyse. Il est d'abord question d'intelligence artificielle (IA) dont l'impact sur la prévention et les soins pourrait être considérable. Ses potentialités comme les fantasmes qu'elle suscite et les risques qu'elle comporte appellent une réflexion médicale, sociétale mais également éthique. Le deuxième volet de cette exploration est consacré aux expérimentations et, plus précisément, au dispositif, exceptionnel par sa portée professionnelle et juridique, de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. Avec cet article, le législateur a confié au gouvernement le pouvoir de déroger à de très nombreuses règles du code de la sécurité sociale ou du code de la santé publique, pour l'expérimentation de nouveaux mécanismes d'organisation ou de financement des soins et des activités de prévention. Ce régime juridique inhabituel permet aux acteurs du système de santé d'imaginer et de déployer des projets sans être bridés par les règles tarifaires ou professionnelles de droit commun. D'autres modes d'organisation sont analysés. Tout d'abord, des dispositifs de fonctionnement en réseau des centres hospitaliers universitaires (CHU) visant à améliorer l'offre de soins et à renforcer les complémentarités de ces pôles d'excellence. Ensuite, les premiers pas des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), issues de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dont l'ambition est de renouveler les conditions de prise en charge des besoins de santé par la médecine de ville dans les territoires. Innovation hospitalière et organisation nouvelle en ville : les deux dispositifs témoignent de la recherche de renouveau qui habite l'ensemble du système de santé. Enfin, il est proposé de revenir sur le développement des pratiques avancées pour les professionnels paramédicaux. Là encore, l'innovation professionnelle et réglementaire cherche à mieux répondre aux attentes des patients, notamment dans un contexte de démographie médicale tendu, et à mieux valoriser les compétences des professionnels de santé. Le dernier article présente les nouvelles ambitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dont le rôle structurant pour la politique de santé de notre pays s'affirme progressivement depuis une vingtaine d'années.

Bontemps, A. (2020). "Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé." Regards **57**: 225-241.

Cet article expose, à partir de l'expérience singulière de la constitution et de l'action de la mission organisation des soins au sein de la Cnam de Seine-Saint-Denis, une conviction : il n'y aura pas de structuration pérenne et en profondeur des soins primaires sans un changement majeur du mode de fonctionnement des institutions publiques dans leur travail avec les professionnels de santé. Cette transformation devrait embarquer tout à la fois: un changement de posture, sur le terrain, dans l'accompagnement des professionnels de santé, qui nécessite le développement de compétences nouvelles; un changement de mode de fonctionnement, au sein des institutions, et notamment dans les relations entre administration centrale et administrations déconcentrées, ainsi qu'entre les institutions déconcentrées elles-mêmes; un changement de boussole, qui ne peut être principalement budgétaire et viser prioritairement des objectifs de court terme. Cet article propose un constat de cette nécessaire évolution en profondeur (I), qui pourrait certainement être enrichi et prolongé. Il ne présente volontairement pas de propositions formalisées: celles-ci devraient, dans la lignée de ce que nous proposons ici, être élaborées conjointement avec tous les acteurs en présence. Il livre cependant un certain nombre de pistes qui pourraient être explorées, appuyées sur l'exemple de la gestion de crise en Seine-Saint-Denis (II).

Boussarsar, E., Robert, S., Villebrun, F., et al. (2020). "Organisation et résultats de cohorte d'un centre de consultations ambulatoires dédié COVID-19." Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques **16**(10): 475-480.

Face à l'épidémie de COVID-19 et à la saturation du secteur hospitalier, les professionnels de santé de ville se sont mobilisés pour assurer une consultation pour tous les patients suspects, notamment en créant des centres de consultations ambulatoires dédiés COVID-19. Notre étude concerne le premier centre dédié COVID-19 dans un département en zone épidémique rouge créé dans le gymnase de la ville à l'initiative de praticiens de santé volontaires, centre de santé et libéraux, appartenant à une même Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Cette étude permet de montrer la place importante de la médecine de ville dans la gestion de cette crise épidémique du COVID-19. Nos résultats vont permettre de faire la comparaison avec les autres centres dédiés qui ont vu le jour partout en France.

Clerc, P. et Certain, M.-H. (2020). "Innovation territoriale aux Mureaux." Revue française des affaires sociales(1): 263-280.
10.3917/rfas.201.0263

La Revue française des affaires sociales commence l'année 2020 avec un dossier offrant des perspectives multi-situées sur les réformes de l'organisation des soins primaires. La présentation des dix articles est structurée autour de trois niveaux d'analyse : celui de la construction des politiques de réformes, celui de l'analyse de la mise en place de nouveaux modes d'organisation des soins (avec un accent mis sur les maisons de santé pluriprofessionnelles en France) et, enfin, celui de l'analyse des effets de ces réorganisations sur les pratiques professionnelles. Ils sont suivis de plusieurs points de vue, notamment sur une innovation en matière de réorganisation des soins en cours aux Mureaux, en banlieue parisienne, sur l'intégration de formations dispensées par les patients aux médecins généralistes, sur la pharmacie ou sur l'appréhension des soins primaires dans les statistiques internationales. Trois expériences étrangères sont enfin présentées : l'organisation des soins primaires dans les pays nordiques, la gestion des maladies chroniques au Québec et une organisation pilote des cabinets de médecins de famille en Suisse. Le dossier est suivi par un article sur deux dispositifs de suivi de patients atteints de cancer par des infirmiers spécialisés ainsi que par un retour d'expérience à partir des expérimentations issues de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. Le numéro se conclut par deux notes de lecture : la première de Sylvie Morel sur l'ouvrage *Du neuf avec des vieux ? Télémédecine d'urgence et innovation en contexte gériatrique* de Gérald Gaglio ; la seconde de Jean-Claude Barbier sur *Le Pays des Européens* de Sylvain Kahn et Jacques Lévy.

De Fontgalland, C. et Rouzaud-Cornabas, M. (2020). "De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé." *Santé Publique* **32**(2): 239-246. 10.3917/spub.202.0239

Introduction : Les communautés professionnelles territoriales de santé ont notamment vocation à organiser la coordination des professionnels de santé du 1er et 2e recours pour mieux structurer les parcours de soins et améliorer le recours aux soins. Les flux de patients de 2nd recours libéral dessinent des territoires dont l'échelle et l'organisation peuvent servir de base au maillage de ces communautés. Méthode : L'analyse des flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire, en 2015 (données du SNIIRAM), a permis de classer les spécialités médicales selon leur échelle d'attractivité (régionale, départementale, infra-départementale), puis de les fusionner pour identifier des pôles d'attraction communs. Ces pôles empiriques ont été soumis à l'appréciation des professionnels de santé du terrain pour affiner le découpage du territoire. Les bassins de patientèle des Centres Hospitaliers (données du PMSI) ont également été comparés aux bassins de patientèle libéraux. Résultats : Une vingtaine de pôles d'attraction se distinguent sur six départements. Les communes ont été réparties en cinq classes, selon leur degré d'attraction à un pôle. L'ensemble du territoire a été intégré à un maillage en bassins de santé autour de pôles d'attractions, cohérents avec les habitudes de travail des professionnels de santé. La concordance avec les bassins de patientèle hospitaliers a renforcé la pertinence de ce découpage. Conclusion : Les flux de patients répondent à une réelle logique territoriale qui, confrontée aux pratiques des

professionnels de santé, dessine des territoires pertinents pour une première approche des CPTS.

Duparc, V. F. (2020). "La révolution sanitaire et médico-sociale actuellement à l'œuvre en France." Cahiers de Psychologie Politique **36**(36).

Hassenteufel, P., Schweyer, F.-X., Gerlinger, T., et al. (2020). "Les «déserts médicaux» comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne." Revue française des affaires sociales(1): 33-56.

Macé, F., Morvan, L., Peyron, C., et al. (2020). "Les cercles de qualité médecins-pharmaciens, un mode de collaboration vertueux expérimenté en France." Actualités Pharmaceutiques **59**(597): 43-46.

Mrozovski, J.-M. (2020). "Accès aux soins de premier recours, les enjeux de demain." Actualités Pharmaceutiques **59**(598): 45-46.

<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.06.022>

La dernière loi de santé a relancé la dynamique des communautés territoriales de soins primaires. La réactivation de ces structures opérationnelles répond à la désertification médicale de nos territoires. Les difficultés d'accès à un médecin ou à un professionnel de santé se multiplient. Dans ce contexte, le rôle du pharmacien est également amené à évoluer. Access to primary care, tomorrow's challenges The last health law has revived the dynamics of the territorial communities of primary care. The reactivation of these operational structures is a response to the medical desertification of our territories. Access to a doctor or a health professional is becoming increasingly difficult. In this context, the role of the pharmacist is set to evolve as well.

Mrozovski, J.-M. (2020). "Les structures territoriales de proximité." Actualités Pharmaceutiques **59**(601): 53-55.

<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.10.027>

Organiser l'offre de soins de premier recours est devenu une nécessité. Les équipes de soins primaires, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) garantiront, à l'avenir, l'accès aux soins primaires d'une population de plus en plus âgée souffrant de pathologies chroniques. Le pharmacien peut légitimement contribuer à l'élaboration d'un projet de CPTS. Territorial structures of proximity Organizing the provision of primary care has become a necessity. Primary care teams, multi-professional health centres and territorial health professional communities (THPC) will guarantee access to primary care in the future for an increasingly elderly population suffering from chronic pathologies. Pharmacists can legitimately contribute to the development of a THPC project.

Mrozovski, J.-M. (2020). "Les territoires de santé, une opportunité pour le pharmacien." Actualités Pharmaceutiques **59**(600): 50-51.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.09.018>

Un territoire de santé n'est pas un concept administratif ou démographique. Son objet est de définir l'entité sociogéographique d'une offre de soins primaires. Il dépend donc des besoins d'une population. Le pharmacien peut en être un acteur majeur en intégrant une équipe de soins primaires et/ou une communauté professionnelle territoriale de santé. Health areas, an opportunity for the pharmacist A health area is not an administrative or demographic concept. Its purpose is to define the socio-geographic entity of a primary healthcare provision. It is therefore defined according to the needs of a population. The pharmacist can play a major role in this by integrating a primary care team and/or a territorial professional community of health.

Ramsay, K. (2020). "Pratique avancée : quelle articulation en équipe ?" Les Tribunes de la santé **63**(1): 57-64.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-57.htm>

Longtemps attendu et âprement négocié, l'exercice en pratique avancée infirmière est devenu une réalité. Nouveau métier, nouvelles expertises, depuis 2019, la pratique avancée est un statut qui confère aux infirmières diplômées des compétences élargies et une plus grande autonomie. Champ d'intervention, lieu de stage, formation... le modèle est-il (trop) hospitalo-centré ? Comment intégrer les infirmières en pratique avancée (IPA) dans une équipe de soins primaires ?

Rist, S. et Rogez, R. (2020). "Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale." Les Tribunes de la santé **63**(1): 51-55.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-51.htm>

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pour participer à l'amélioration de l'accès aux soins. Pivots de la stratégie de réorganisation du système de santé présentée dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », ces CPTS devraient être au nombre de 1 000 en 2022. Les CPTS ont vocation à devenir un outil indispensable à la réorganisation du soin autour du patient, incitant à la coopération interprofessionnelle, au dialogue et laissant place à l'initiative de terrain. Elles sont le reflet d'un changement de paradigme dans la construction de la politique de santé et dans l'organisation des professionnels. Pour autant, l'ambition de ce vaste déploiement de 1 000 CPTS se heurte à certains obstacles.

Veziat, N. (2020). "La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires." Revue française des affaires sociales(1): 79-101.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-79.htm>

Cet article étudie la fédération française des maisons et pôles de santé en tant que groupe d'intérêt qui se situe à une échelle intermédiaire entre l'État et les maisons de santé pluriprofessionnelles. En se positionnant comme un interlocuteur des pouvoirs publics, la fédération a permis leur légitimation mutuelle. Si les maisons pluriprofessionnelles de santé étaient il y a une dizaine d'années un mode d'exercice encore atypique dans l'offre de soins primaires, leur fédération a su, par le développement d'une dialectique partenariale, résoudre la tension entre logiques ascendante et descendante en instaurant une instrumentalisation réciproque avec les autorités sanitaires.

Beaupin, D. (2019). "Note sur la viabilité économique des centres de santé : mesures immédiates et perspectives." Cahiers De Santé Publique Et De Protection Sociale (Les)(33): 42-44.

Bourgueil, Y. (2019). "Soins de proximité : quels enjeux ?" Actualite Et Dossier En Santé Publique(107): 18-21.

Réorganiser les soins de premiers recours passe par une transformation des modes de rémunération, la création de nouveaux métiers et la mise à la disposition d'outils permettant la coordination des soins et l'accompagnement des patients. Cet article porte une analyse sur l'ensemble de ces aspects.

Bousquet, F. (2019). "Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51." Regards 56(2): 117-137.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-117.htm>

Brouet, P. (2019). "Loi de santé : feu vert pour la mise en œuvre." Médecins : Bulletin de L'ordre National Des Médecins(63): 18-25.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est promulguée depuis l'été 2019. Ce texte indispensable pour réformer le système de santé était réclamé par l'Ordre national des médecins depuis plus de quatre ans. Cet article fait un tour d'horizon des principales mesures et des positions que l'Ordre continuera à défendre.

Cormier, M. (2019). "Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ?" Revue de droit sanitaire et social RDSS(1): pp.64-73.

Les CPTS ont ainsi pour mission de coordonner, sur un territoire, l'action des professionnels de ville et exerçant en établissements de santé et en structures médico-

sociales qui la composent et à participer à l'organisation et à la structuration des parcours de santé. Elles complètent les autres dispositifs ou services de santé, institués entre 2007 et 2016 pour améliorer l'accès aux soins de premier recours, que sont notamment les maisons de santé, les plates-formes territoriales d'appui et les équipes de soins primaires. Selon un recensement réalisé par les Agences régionales de santé en décembre 2018, 224 projets de CPTS seraient en cours actuellement.

Falcoff, H., Gasse, A.-L., Berraho-Bundhoo, Y., et al. (2019). "Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement de Paris." Regards **56**(2): 93-104.

<https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-93.htm>

Fournier, C. (2019). "Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques: un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles." Journal de gestion et d'économie de la santé **37**(1): 72-91.

Fournier, C. et Mousques, J. (2019). "Construction et impact d'une coopération entre médecins généralistes et infirmières : le dispositif Asalée." Actualité Et Dossier En Santé Publique(107): 31-33.

La coopération entre médecins généralistes et infirmières est considérée comme un levier pour améliorer les conditions, l'organisation et la qualité du travail en soins de premier recours, voire la performance. En France, le dispositif action de santé libérale en équipe (Asalée) expérimente depuis 2004 la coopération entre médecins généralistes et infirmières Asalée. Il offre un cadre pour le développement de pratiques avancées infirmières, comprenant notamment des tâches de dépistage, de suivi et d'éducation thérapeutique. À travers une synthèse des enseignements tirés des travaux de recherche évaluative conduits sur le dispositif, cet article a pour objet de discuter de l'opportunité et des conditions de développement de telles pratiques dans un contexte prévoyant en 2019, suite à la reconnaissance en 2018 d'un métier et d'un diplôme d'infirmier en pratiques avancées, de nouvelles mesures relatives à leurs rémunérations et à la modalité d'exercice en maisons et centres de santé pluriprofessionnels.

Gauchet, J., Andriantsehenoharina, L. et Colle, S. (2019). "Cherche médecin désespérément." Pratiques : Les Cahiers De La Médecine Utopique(87): 101.

Les déserts médicaux s'étendent, la médecine libérale est en crise, les hôpitaux sont étranglés. Comment les soignants peuvent-ils garder le sens de leurs métiers ? Comment répondre aux besoins de la population ? Ce numéro spécial de la revue Pratiques tente de répondre à ces questions.

Gautier, S. et Bourgueil, Y. (2019). "How to engage French professionals to undertake social responsibility at a local level?" European Journal of Public Health **29**(supl. 4): 517-517.

In France, primary care is organised according to the principles of private practice: independent providers, payment by fee for service, freedom of settlement... Successive reforms have introduced more regulation i.e. gatekeeping role for GPs, better recognition of professional groups, new forms of payment and promotion of team work and multi-professional practices. Today, the concept of Health Territorial and Professional Communities (HTPC) is becoming a key element of health care reform encouraging primary care professionals to meet with specialists and social workers at a larger level than practice. HTPC should address issues such as access to services, coordination of care and promoting of preventive actions toward populations. This implies change in the roles, skills, methods and resources needed on both professional and regulatory sides. This study explores levers of the professional commitment in the HTPC and resources necessary for it.

Gay, B. et Duhamel, S. (2019). "La situation des soins de santé primaires en France." Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques **15**(1): 34-37.

Les soins de santé primaires, définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1978, viennent d'être réaffirmés par la déclaration d'Astana comme la pierre angulaire de tous les systèmes de santé. Si leur définition est bien établie au niveau international, elle a été plus difficilement consensuelle en France et a laissé la place à de nombreuses interprétations. La perspective actuelle est de considérer les soins de santé primaires comme le premier niveau de contact médical de la population avec le système de santé sur un territoire de proximité. En termes de qualité, d'équité et de coût, ils se révèlent particulièrement performants : la littérature scientifique apporte des preuves indiscutables de leur efficacité, y compris dans les pays européens. L'implantation des soins de santé primaires en France a suscité des résistances dans un système hospitalocentré. Néanmoins, la Stratégie nationale de santé affiche clairement son intention de s'orienter vers les soins ambulatoires et de structurer les soins de santé primaires. Les dispositifs comme les maisons de santé pluriprofessionnelles, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé sont de nature à concrétiser cette démarche, avec le soutien des plates-formes territoriales d'appui. Cette évolution devrait contribuer à la nécessaire hiérarchisation du système de santé français.

Gey-Coue, M. (2019). "Ma santé 2022 : revue de rentrée." Gestions Hospitalières(589): 518-520.

Depuis son lancement officiel le 18 septembre 2019, le plan "Ma santé 2022" se met doucement mais sûrement en place. Le dossier de presse annonçait neuf chantiers et un projet de loi parmi lesquels cinq actions prioritaires avaient été identifiées dès le début des travaux en novembre : mise en place des communautés professionnelles territoriales

de santé (CPTS), déploiement de 4 médecins généralistes dans les territoires prioritaires, création des assistants médicaux, labellisation des hôpitaux de proximité et réforme des études médicales. Cet article fait le point sur l'avancée de ces chantiers.

Leicher, C. (2019). "CPTS et territoire." Regards **56**(2): 81-92.
<https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-81.htm>

Leicher, C. et Bonfillon, R. (2019). "CPTS : Focus sur un big bang territorial." Techniques Hospitalières (114) pp.76-80.

Nées en 2016, les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) visent à mieux coordonner les soins ambulatoires et constituent l'axe prioritaire de la réorganisation territoriale des soins, voulue par le président de la République. À l'heure où s'ouvrent des négociations conventionnelles pour aboutir, au niveau national, à un financement pérenne de ces structures, La revue techniques hospitalières a rencontré le chef d'orchestre du déploiement des CPTS, le Dr Claude Leicher. (R.A.)

Rogez, R. et Bouygar, A. (2019). "Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé." Actualite Et Dossier En Sante Publique(107): 38-41.

La loi de modernisation de notre système de santé 2016 a introduit de nouveaux dispositifs visant à améliorer la structuration des parcours de santé, notamment par la promotion des soins primaires et le renforcement des liens entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et social. Les communautés professionnelles de santé (CPTS) sont l'un des dispositifs pouvant concourir à une meilleure organisation des soins et des parcours. Cet article rend compte du développement des CPTS dans la région Centre-Val de Loire.

Saisons-Demars, J., Vioujas, V., Poirot-Mazeres, I., et al. (2019). "La loi du 24 juillet 2019 et le plan "Ma santé 2022", une nouvelle réforme du système de santé." Revue Générale De Droit Médical(72): 11-125.

La mise en œuvre du plan "Ma santé 2022" a abouti à l'adoption de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce dossier spécial souhaite apporter un éclairage des points-clefs introduits par ce nouveau texte.

Schweyer, F.-X. (2019). "Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles: entre instrumentation et professionnalisation." Journal de gestion et d'économie de la santé **37**(1): 33-53.

Varroud-Vial, M., Bourgueil, Y., Rivet, E., et al. (2019). "Soins de proximité : vers un exercice d'équipe." Actualite Et Dossier En Santé Publique(107): 9-47.

Garantir l'accès aux soins, c'est permettre aux habitants d'un territoire, quel qu'il soit, de bénéficier de services pertinents et de qualité. Chacun doit pouvoir avoir un médecin traitant, avoir accès à une consultation spécialisée dans des délais appropriés ; bénéficier d'un suivi et d'une orientation en cas de de pathologie chronique. Un réel trait d'union entre médecine de ville et établissements de santé renforcera la qualité et l'efficacité de la prise en charge en proximité. Ce dossier présente les organisations mises en place pour favoriser le travail d'équipe.

Wilcke, C. et Sergent, S. (2019). "Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien." Actualités Pharmaceutiques **58**(591): 20-23.
<https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.10.006>

Le pharmacien joue un rôle clé, auprès du médecin traitant, dans le parcours de soins des patients. Les organisations dédiées à la coordination des soins diffèrent en fonction de la taille du territoire, du nombre de professionnels impliqués, de l'envie de se structurer ou non et des évolutions législatives. Summary The pharmacist plays a key role, along with the general practitioner, in the care pathway of patients. Organisations devoted to the coordination of care differ depending on the size of the territory, the number of professionals involved, their desire to structure themselves or not and legislative changes.

Böhme, P., Lerman, A. S., Matte, P., et al. (2018). "Vers une organisation coordonnée de l'éducation thérapeutique pour les personnes vivant avec un diabète ? : « Organisons le système de soins pour qu'on puisse y faire de l'ETP, dans la mesure où celle-ci apparaît comme une nécessité » [Académie de Médecine, 2013]." Médecine des maladies métaboliques **12**(2): 194-203.
[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(18\)30046-4](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(18)30046-4)

Résumé L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est unanimement reconnue comme l'un des piliers de la médecine pour de nombreuses maladies chroniques, dont le diabète de type 1 et le diabète de type 2 (DT2). Depuis qu'une législation lui est spécifiquement dédiée, la démarche et la mise œuvre de l'ETP ne cessent de se structurer. En ce qui concerne la recherche et l'enseignement, personne n'en conteste l'intérêt. Malgré la coexistence de plusieurs modèles d'organisation, le déploiement de programmes d'ETP centrés sur le diabète ou l'obésité reste insuffisant, particulièrement en dehors des structures hospitalières, au regard des besoins de la population. Les freins à ce déploiement, qui sont nombreux, concernent plusieurs éléments du système de santé : formation souhaitable des acteurs de l'ETP (y compris les patients partenaires), visibilité insuffisante des offres, difficultés d'organisation territoriale et d'articulation des activités en fonction de la gradation des soins, difficultés à mettre en œuvre des actions pluri-

professionnelles et multidisciplinaires, faiblesse des modèles et des sources de financement, besoins d'outils pertinents issus de la e-santé, etc. Comme l'évoque le Haut Conseil de la Santé Publique, des pistes visant à faciliter son déploiement existent : reconnaissance et soutien (des acteurs de terrain, y compris ceux dédiés à la coordination), renforcement du partenariat patients/soignants/structures, promotion d'un travail en commun avec les institutions pour améliorer visibilité et lisibilité pour les professionnels et les patients, repérage d'un minimum de critères garantissant la qualité de la prise en charge de cette démarche éthique. Nous nous proposons de faire un état des lieux de l'organisation de l'ETP, essentiellement pour le DT2. L'objectif est aussi d'identifier les leviers qui pourraient permettre d'optimiser l'organisation et la coordination des parcours d'ETP. Summary Therapeutic patient education (TPE) is unanimously recognized as unavoidable for many people living with chronic diseases, including type 1 and type 2 diabetes (T2D). Since a specific legislation is dedicated to TPE, its approach and implementation became more structured. With regard to research and teaching, no one disputes its interest. Despite the coexistence of several organizational models, the deployment of TPE programs focusing on diabetes or obesity remains particularly insufficient outside hospital structures, despite population's needs. The obstacles to this deployment are numerous and affect several elements of the health system: need of education and training for the TPE's actors (including the partner patients), insufficient visibility of the offers, difficulties of territorial organization and articulation of the activities regarding the care graduation, difficulties in implementing actions requiring pluriprofessionality and multidisciplinary, weak models and sources of funding, needs for relevant tools from e-health, etc. As evoked by the French High Council of Public Health, there are some improvements tracks for its deployment: recognition and support (of actors in the field, including those dedicated to coordination), strengthening the partnership of patients/caregivers/organizations, promotion of working together with the institutions to improve visibility and readability for professionals and patients, designing and defining a minimum of common criteria guaranteeing the quality of the support of this ethical approach. We propose to make an inventory of the organizations of the TPE, essentially for the T2D. The aim is also to identify the levers that could optimize the organization and coordination of TPE courses.

Bourgueil, Y. (2017). "L'action locale en santé : rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? Commentaire." *Sciences sociales et santé* **35**(1): 97-108.

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2017-1-page-97.htm>

Halimi, S. (2017). "Quelles adaptations du système de soins pour faire face au défi des maladies chroniques ? L'exemple du diabète de type 2." *Médecine des maladies métaboliques* **11**: IIS38-IIS44.

[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(18\)30029-4](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(18)30029-4)

Résumé Notre pays est confronté à un phénomène de vieillissement et de montée en puissance des maladies chroniques, comme le diabète de type 2, et les patients atteints

de plusieurs maladies. Ceci s'accompagne de dépenses de santé considérables, et d'un besoin de changements organisationnels majeurs. Ces changements organisationnels placent le soin de premier recours au centre du dispositif. Ils valorisent le travail en réseaux, l'ambulatoire en général, et l'approche par l'éducation thérapeutique en dehors de l'hôpital pour la plupart des maladies chroniques courantes, et devront favoriser la prise en charge éducative pluri-pathologie. Le monde de la santé vit un tournant et subit de profonds changements, et le métier de diabétologue, hospitalier comme libéral, doit s'associer à ces évolutions. Il doit y contribuer activement, faute de quoi, il pourrait perdre sa raison d'être au détriment même des patients.

Ortiz, J.-P., Hamon, J.-P., Vermesch, P., et al. (2017). "Lien ville-hôpital : Les syndicats médicaux libéraux s'expriment." *Revue Hospitalière De France*(579): 14-19.

[BDSP. Notice produite par EHESP tBR0xJE9. Diffusion soumise à autorisation].
L'organisation de l'offre de soins se transforme. Alors que les hospitaliers ont mis en place les groupements hospitaliers de territoire et que la médecine de ville s'organise par les communautés professionnelles territoriales de santé, la construction du parcours patient implique un lien renforcé entre ces acteurs. Quelle perception en ont-ils aujourd'hui ? Comment l'envisagent-ils demain ? La Revue hospitalière de France donne la parole aux présidents de syndicats médicaux libéraux : - Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) - Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France (FMF) - Philippe Vermesch, président du Syndicat des médecins libéraux (SML) - Claude Leicher, ancien président de MG France. (R.A.).

Van Bockstael, V. (2017). "Rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) dans l'organisation des parcours de soins." *Médecine des maladies métaboliques* **11**(1): 52-54.
[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30012-3](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30012-3)

Résumé L'expansion démographique des maladies chroniques et le vieillissement de la population ont des conséquences très marquées sur le système de santé. De plus, la complexité des prises en charge par de multiples acteurs, de degré de spécialisation variable, a de multiples retombées sur l'organisation des soins, et des répercussions médico-économiques et sociétales. Face à cela, un parcours de soin aussi structuré et coordonné que possible s'impose. Il se doit d'être évolutif, et éviter de se centrer sur une seule pathologie. Le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) est ici développé.
Summary The demographic expansion of chronic diseases and the ageing population have a profound impact on the health system. Moreover, the complexity of the care assumed by multiple actors with varying degrees of specialization has multiple repercussions on the organization of care as well as medico-economic and societal repercussions. Faced with this, a path of care as structured and coordinated as possible is necessary. It must be evolutionary and avoid focusing on a single pathology. The role of ARS («Agence Régionale de Santé», e.g. Health Regional Agencies) is here developed.

Vaysette, P. (2017). "CPTS et ESP : méli-mélo à décoder." Esop : La Revue Des Soins Primaires(6): 8-11.

Cet article fait le point sur les différents statuts des organisations pluriprofessionnelles de soins primaires : ESP (équipes de soins primaires), CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé).

Thèses, diplômes

Audebert, J., Gilly, C. et Allenet, B. (2023). "Favoriser l'accès aux soins grâce aux CPTS l'exemple de la CPTS Drac Rive Gauche": Thèse d'exercice Pharmacie. Officine Université Grenoble Alpes 2023

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04087753>

Aydin, Ç. (2023). "La gestion des Soins Non Programmés par les professionnels au sein des CPTS : revue systématique de la littérature et élaboration d'un protocole": Hélène Vaillant-Roussel Life Sciences [q-bio]/Human health and pathology Master thesis

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04209970>

CONTEXTE : ces dernières années, la gestion des soins non programmés (SNP) est devenue préoccupante pour plusieurs raisons : désertification médicale, baisse du nombre de médecin généraliste, accroissement démographique, forte demande de SNP.OBJECTIFS : observer les différents modes de gestion des SNP au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) depuis 2016 en France. Objectif secondaire créer un protocole de gestion des SNP à destination des secrétaires des CPTS.MÉTHODES : revue systématique de la littérature de 2016 à 2023 sur la gestion des SNP. Les études écrites en français ou en anglais concernant la France ont été incluses. Elles devaient traiter des SNP et/ou CPTS. Les documents ont été sélectionnés en fonction du titre et du résumé. Le travail de recherche a nécessité la réalisation d'une grille de lecture en vue d'une analyse générale. RÉSULTATS : parmi les 3866 documents retrouvés, 253 résumés ont été lus et 8 articles retenus. Il existe peu d'article sur l'organisation des CPTS. 4 documents sur 8 décrivent leur mode de fonctionnement. Elles fonctionnent toutes différemment pour répondre aux besoins de leur territoire. Elles permettent d'apporter aux professionnels des supports matériels et humains pour gérer les SNP. Elles contribuent à la création de fonctions support aux professionnels mais il y a peu de retour d'expérience. Elles favorisent la coordination des processus et des protocoles partagés. L'intégration des professionnels non-médecins (exemple pharmaciens) est un avantage dans la gestion des SNP. Un protocole facilitant le processus de tri des SNP a été écrit. CONCLUSION : il existe une disparité des prises en charge des SNP sur le territoire. Les médecins généralistes n'arrivent pas à satisfaire

l'ensemble des demandes. Les secrétaires jouent un rôle central. La mutualisation des échanges et le partage des dossiers entre professionnels renforcent la coordination et collaboration. Le protocole élaboré permettra de prioriser les demandes.

Bigrel, A., Ramond-Roquin, A. et Cousse-Mérienne, M. (2023). "Organisation en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et gestion de la crise COVID-19, au moment du premier confinement : point de vue des médecins généralistes de la CPTS du sud-ouest mayennais": Thèse d'exercice Médecine Angers 2023

<https://dune.univ-angers.fr/fichiers/17012019/2023MCEM17251/fichier/17251F.pdf>

Longin, M. et Fossier, B. (2023). "Usage des bilans partagés de médication (BPM) en médecine de ville sur le territoire de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) des Portes du Dauphiné": Thèse d'exercice Médecine Lyon 1 2023

Magnat, H. S. A. et Durieux, W. (2023). "Évaluation des besoins des masseurs kinésithérapeutes en termes de collaboration et coordination avec les autres professionnels de santé au sein du territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de santé Entre-Deux-Mers": Thèse d'exercice Médecine Bordeaux 2023

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03995121>

Nghiem, E., Piscitelli, A. et Gradeler, J.-D. (2023). "Analyse descriptive de l'évolution de la téléconsultation en Moselle depuis l'épidémie de la COVID-19 et évaluation de l'information destinée aux médecins généralistes concernant cette pratique médicale, accessible via le site internet de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Metz et environs": Thèse d'exercice Médecine générale Université de Lorraine 2023

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2023_1093_PISCITELLI_AURELIEN_NGHIEM_ELSA.pdf

Vuillaume, J.-F. et Potier, F. (2023). "Accès aux soins des patients: élaboration d'une boîte à outils permettant de faciliter l'adhésion au dispositif médecin traitant, à destination des CPTS", Université de Lorraine:

Carton, M. (2022). "Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPST): missions, développement et rôle du pharmacien d'officine". Clermont Ferrand : Université de Clermont Auvergne, UFR de Pharmacie:

Les CPTS, créés en 2016 par la loi de modernisation du système de santé du code de la santé publique, représentent des acteurs de la santé qui coordonnent leurs pratiques autour de besoins de santé identifiés sur un territoire prédéfini. Les professionnels de santé du premier recours sont à l'initiative du projet de santé. Les acteurs peuvent mettre en œuvre des actions communes (parcours ville-hôpital, prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique du patient, qualité et pertinence des soins, etc.) pour

améliorer l'état de santé d'une population. Ce mémoire de thèse présente la création et l'organisation des CPTS d'un point de vue théorique, ainsi que leur mode de fonctionnement, à l'échelle de la région AURA, d'un point de vue pratique. A travers une enquête qualitative, seize CPTS de la région AURA et cinq pharmaciens d'officine témoignent de leur expérience à mener à bien leurs missions, à assurer la coordination interprofessionnelle et à répondre aux problématiques territoriales préalablement identifiées. Il retranscrit les freins et les leviers rencontrés, dès le début, sur l'avancement des projets des CPTS. Ce travail prône la légitimité du pharmacien d'officine dans une organisation pluri professionnelle telle que la CPTS. Il trouve sa place comme membre actif ou au niveau des instances dirigeantes de l'association. Il combine la proximité avec les patients et la qualité des soins. Les actions auxquelles il participe peuvent s'articuler avec ses missions officinales implantées dans son quotidien. À ce jour, l'étude a relevé le manque de déploiement de l'exercice coordonné par les pharmaciens d'officines sur la région AURA.

Coulon, B., Bardet, J.-D., Gérard, J., et al. (2022). "La création d'une MSP dans les territoires sous-dotés en professionnels de santé une réponse au manque d'interprofessionnalité ou un opportunisme professionnel ? Le cas du territoire de Vif": Thèse d'exercice Pharmacie. Officine Université Grenoble Alpes 2022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03662739/document>

Dahmani, L. et Bastide, V. (2022). "Étude descriptive et évaluation de la qualité de l'adressage des patients par les médecins généralistes vers l'imagerie médicale, à travers l'utilisation de 48H CHRONO sur l'année 2021 et dans le cadre des soins non programmés": Thèse d'exercice Médecine Université de Montpellier 2022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03852927>

Ghezel, A.-A. et Papin-Puren, C. (2022). "Intégrer une CPTS quel intérêt pour le pharmacien d'officine ? Enquête auprès des différents acteurs en Pays de la Loire": Thèse d'exercice Pharmacie Angers 2022

<https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20132945/2022PPHA16090/fichier/16090F.pdf>

Morieux, P. et Rochoy, M. (2022). "Accès aux consultations de médecine générale programmées ou non, sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Opale Sud": Thèse d'exercice Médecine générale Lille 2022

https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM364.pdf

Perelli, H. et Rolland, C. (2022). "Gestion d'une crise sanitaire en exercice coordonné l'exemple de la CPTS Centre Hérault dans la crise du covid-19 lors de la première vague": Thèse d'exercice Médecine Université de Montpellier 2022

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03652342>

Poutrain, L., Taboulet, F. et Université Toulouse 3 Paul, S. (2022). "Cadre juridique des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et place du pharmacien d'officine illustrations en Haute-Garonne". Toulouse, #2, Université Toulouse 3
<http://thesesante.ups-tlse.fr/4031/>

Sitte, A., Siegrist, S. et Dib, P. (2022). "Pathologies chroniques et médecine du sport quelles collaborations entre généralistes et médecin du sport ? l'exemple de la collaboration Moselle Mouv' et des généralistes du territoire de la communauté professionnelle territoriale de santé de Metz": Thèse d'exercice Médecine générale Université de Lorraine 2022
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/MED_T_2022_1141_SITTE_ARNAUD.pdf

Vilaboa, E., Durivault, S., Rusch, E., et al. (2022). "Déploiement de la vaccination contre le COVID-19 dans une communauté professionnelle territoriale de santé étude qualitative auprès des médecins libéraux": Thèse d'exercice Médecine Tours 2022
http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2022_Medecine_VilaboaEstelle.pdf

Burtin, A., Nguyen, A. et Alla, F. (2021). "Structuration des pratiques cliniques préventives en pharmacie d'officine étude des freins et leviers à l'implication des pharmaciens d'officine dans la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Bergerac": Thèse d'exercice Pharmacie. Industrie Recherche Bordeaux 2021
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03198768>

Courteille, V. et Guyon, J.-M. (2021). "Quelles sont les attentes des professionnels de santé à l'égard de la CPTS du haut Doubs forestier ?": Thèse d'exercice Médecine Besançon 2022 ; 002

Chutova, E., Lukaszewicz, E. et Richard, A. (2021). "Perception et attentes des professionnels médico-sociaux concernant le parcours du patient entre l'hôpital et l'ambulatorio dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé une étude qualitative par entretiens individuels proposition d'un dispositif". [Villeurbanne], #2, CCSD
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474744v1/document>

Gauthier, L., (2021). "Déploiement des CPTS : les stratégies mises en œuvre par les acteurs de l'exercice coordonné"
https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/ppasp/ludivine_gautier.pdf

Ce travail permet de pointer du doigt un constat déjà exposé par ailleurs : le manque d'accès ou de constitution des données. Malgré la mise en ligne récente de la plateforme Rezone CPTS, cette cartographie est aujourd'hui moins à jour que celle proposée par la FCPTS. Aujourd'hui, la présentation des annexes du Projet de loi de financement de la

Sécurité sociale (PLFSS) ou des budgets FIR ne permettent pas toujours un bon niveau de description et donc peu de visibilité sur la maîtrise et le contrôle des politiques publiques. Le HCAAM a par ailleurs demandé d'ajouter une annexe informative du PLFSS répondant au besoin légitime de transparence. Le Haut Conseil propose également l'adoption d'une présentation de l'ONDAM montrant en quoi ces ressources contribuent à la politique de santé pluriannuelle et à l'amélioration de l'état de santé de la population. L'arrivée des CPTS montre une continuité des politiques publiques menées dans l'organisation de l'offre de soins. Ce maillon supplémentaire, bien que parfois considéré comme une couche de plus dans ce «mille feuilles administratif», cherche à développer la coordination entre les professionnels sur un territoire, il construit une légitimité de dialogue et d'interaction à l'échelle territoriale pour les professionnels de santé libéraux. De nombreux défis sont encore à surmonter pour rendre effective les CPTS et pour ne pas les associer à des «coquilles vides». A l'avenir, les CPTS pourront être le lieu des expérimentations, de la création de nouveaux modèles de collaboration et d'initiatives pertinentes pour la prise en charge des patients et la santé de la population. Ainsi la gouvernance de CPTS représente un réel enjeu pour les professionnels et dans la redéfinition des métiers et du périmètre d'intervention de chacun.

Guinebretiere, E. et Guyon, J.-M. (2021). "Selon les professionnels de la CPTS du Haut Doubs forestier, quelles sont les problématiques de santé publique de ce territoire?": Thèse d'exercice Médecine Besançon 2022

Horcholle, R., Sabathier, P. et Université de Caen, N. (2021). "Les problématiques de mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire du Sud-Manche", #2

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03123905/document>

Khademi Kohnehshahri, H. et Le Breton, J. (2021). "Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)". Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de, santé,

Simon, P. et Moulin, T. (2021). "Chapitre 15 - Organisation territoriale du parcours de soin". In: [Télémédecine et Télésoin]. Simon, P. etMoulin, T. Paris, Elsevier Masson: 91-96.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229477544400015X>

Nassif, S. (2021). "Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé". Paris : Université Paris Créteil:

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03392271>

L'organisation des soins primaires en France fait l'objet de réformes depuis plus de 20 ans pour faire évoluer un modèle non hiérarchisé répondant aux demandes de soins

aiguës, vers un système organisé autour des besoins d'une population d'un territoire. Ainsi, le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé est laissé à l'initiative des professionnels de santé du territoire, mais doit cependant répondre à des missions fixées par les autorités telles que la continuité et l'amélioration de la qualité des soins et l'organisation du lien ville-hôpital. Nous avons alors voulu appréhender les perceptions des médecins généralistes pour comprendre leurs motivations et leurs inquiétudes à participer à leur développement. Une étude qualitative par « focus groups » a ainsi été réalisée incluant 59 participants. L'analyse de leurs émotions, craintes, idées créatives et espoirs a permis de distinguer des réticences à la mise en place de ces missions, telles que la crainte du passage d'une rationalité individuelle à populationnelle, d'une sectorisation de la médecine générale, d'une augmentation des soins non programmés, d'un rapport de force avec l'hôpital, et de la perte du statut de référent des soins primaires via la délégation de tâches. Mais aussi des enjeux, tels que l'amélioration du travail pluriprofessionnel, la possibilité de gérer la démographie médicale territoriale, de développer des projets de soins adaptés aux besoins locaux, d'utiliser toutes les compétences du territoire, de développer des outils innovants de coordination, d'améliorer le parcours de soins et de protocoliser en médecine générale pour une vraie reconnaissance des soins primaires.

Péchon, A., Perrain, A., Dibao-Dina, C., et al. (2021). "Freins et motivations des professionnels de santé libéraux à s'impliquer dans la communauté professionnelle territoriale de santé Asclepios": Thèse d'exercice Médecine Tours 2021

http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2021_Medecine_PechonAriane.pdf

Tahon, L. (2021). "Evolution de l'exercice professionnel des sages-femmes depuis leur intégration dans la communauté professionnelle territoriale de santé du Grand Roubaix : Étude qualitative auprès de 8 sages-femmes.". Lille : Université de Lille, école des sages-femmes du CHU, Université de Lille. Ecole de sages-femmes du CHU de Lille: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2021/06/Tahon-Lucie-memoire-et-annexes.pdf>

Valtcheva, A., Casta, C. et Margo, C. (2021). "Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en communauté professionnelle territoriale de santé": Thèse d'exercice Médecine Nice 2021

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03617867>

Frisch, E. (2020). "L'organisation des médecins généralistes de premier recours de la Métropole du Grand-Nancy pour assurer la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés hors permanence des soins ambulatoires : étude quantitative transversale menée auprès de 182 médecins généralistes du territoire

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805707>

INTRODUCTION : Depuis plus de 20 ans, les services d'urgence connaissent une fréquentation grandissante, responsable, in fine, d'une saturation de ces services. Une part non négligeable des consultations étaient qualifiées d'évitables. Suite à la crise des services d'urgence et plus globalement à la crise du système de santé français, le Plan Ma Santé 2022 était mis en place. Une restructuration territoriale du système de santé était décidée. La Métropole du Grand-Nancy était un des territoires sélectionnés. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Grand-Nancy était créée et allait entrer en fonction. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de l'organisation des médecins généralistes de premier recours sur le territoire de la CPTS du Grand-Nancy, pour assurer la continuité des soins et la prise en charge de soins non programmés hors PDSA, afin de pouvoir comprendre en quoi cette organisation pourrait être améliorée. MATÉRIEL ET MÉTHODES : Nous avons réalisé une étude quantitative transversale à l'aide d'un questionnaire remis à 222 médecins généralistes de premier recours du territoire étudié. Les médecins du Centre Médical de Soins Immédiats (CMSI) et de SOS Médecins n'étaient pas inclus dans l'étude. Des analyses descriptives simples et des analyses bivariées avec l'utilisation du test de Fisher et du test du Khi2 ont été réalisées. RÉSULTATS : L'enquête s'est étendue du 11 décembre 2019 au 24 janvier 2020. 182 réponses ont été analysées. 88,83 % des répondants ont déclaré ne pas exercer de 8 heures à 20 heures en semaine lors de leur journée d'exercice pleine la plus courte. 19,23 % de ces médecins ont répondu que leur cabinet n'était pas joignable les samedis matin. 25,82 % des participants ont déclaré que leur cabinet n'était jamais joignable en semaine de 8h00 à 20h00. Au moins 20 % des répondants déclaraient ne jamais exercer la médecine générale les samedis matin. Un peu plus de 30 % des interrogés ont répondu ne pas exercer cette activité les jeudis et mercredis après-midi. 5 % des participants affirmaient ne jamais prendre en charge de SNP. Le temps de travail moyen déclaré, concernant la plus courte journée d'exercice, était de 10 heures 39 minutes. Le temps d'exercice hebdomadaire moyen renseigné était de 8,4 demi-journées. 80,22 % des interrogés disaient réaliser régulièrement des visites à domicile. Le congé annuel moyen déclaré était de 6,07 semaines. 51,40 % des médecins disaient ne pas pouvoir recevoir des SNP supplémentaires. D'après les réponses, SOS Médecins et le CMSI étaient des structures sollicitées, de façon inégale, pour maintenir la continuité des soins et assurer la prise en charge des SNP pendant les absences programmées des participants. 79,1 % des participants affirmaient penser que la CPTS a au moins un probable rôle à jouer dans la gestion de ces problématiques. 68,02 % des répondants disaient se sentir concernés par l'organisation de la continuité des soins.

Issartial, G. (2020). "L'accompagnement de l'Assurance Maladie dans la mise en place des Communautés professionnelles territoriales de santé L'exemple de la CPAM d'Ille-et-Vilaine (35)" https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/ppasp/gwlady_issartial.pdf

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Dans un contexte marqué par des tensions au niveau de la démographie médicale, une progression continue du

nombre de personnes âgées et de patients atteints de pathologies chroniques, et des cloisonnements importants entre les professionnels de santé de ville, les structures hospitalières, médico-sociales et sociales, les CPTS ont vocation à mettre en place une organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire autour des professionnels de soins primaires et dans une logique de réponse aux besoins de santé de la population. Depuis quelques années, l'Assurance Maladie est appelée à intervenir de façon renforcée dans l'accompagnement au déploiement des structures et dispositifs d'exercice coordonné, par le biais notamment d'accords conventionnels interprofessionnels organisant le versement d'une aide financière sous conditions. Le développement de ce type de dispositifs représente en effet un enjeu certain pour l'Assurance Maladie au regard des objectifs de sa politique de gestion du risque, qui sont de favoriser l'égal accès pour tous à des soins de qualité tout en promouvant un bon usage des fonds consacrés à la santé. Ce mémoire vise ainsi à interroger, à travers l'exemple des CPTS et des modalités d'intervention de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Ille-et-Vilaine, le rôle que l'Assurance Maladie peut jouer dans la structuration des nouvelles formes d'exercice coordonné : la légitimité qui est la sienne, les différents leviers dont elle dispose, et la complémentarité de ses actions de promotion et d'accompagnement avec celles des Agences régionales de santé. (R.A.)

Navinel, M., Bidaut, P. et Lebeau, J.-P. (2020). "Quels sont les freins à l'investissement des médecins généralistes au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé orléanaise ?". Tours, #2, SCD de l'université de Tours
http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2020_Medecine_NavinelMarie.pdf

Van Herreweghe, E., Gaultier, A. et Université de P. (2020). "Expérience d'art-thérapie dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel auprès du personnel soignant dans une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé via les médias artistiques plastiques et musicaux". Poitiers, #2, Université de Poitiers

Gautier, S. (2019). "Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé: une approche qualitative exploratoire". Université Paris Créteil, UPEC:

La structuration territoriale de l'offre de santé de proximité est pour la première fois investie à ce degré en France avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ce dispositif repose sur le passage, pour les acteurs professionnels, de la délivrance de soins à une patientèle à une responsabilité populationnelle et territoriale. A partir d'entretiens semi-directifs auprès des acteurs des CPTS, de la régulation et de l'accompagnement, notre objectif est de mieux comprendre la manière dont les professionnels de santé s'engagent dans les CPTS et d'identifier les ressources qui leur apparaissent nécessaires pour agir. L'analyse qualitative et inductive des trente entretiens réalisés dans 3 régions et 7 CPTS montre que les professionnels trouvent dans ce

dispositif le moyen de mieux se connaître, travailler ensemble et défendre leurs intérêts. Leur faible culture organisationnelle et de santé publique limite leur action collective. Ils comptent sur la reconnaissance des institutionnels, les ressources en coordination, l'accès aux données et les outils numériques pour acquérir un pouvoir d'agir sur le territoire. Selon nous, l'empowerment d'une CPTS, considérée à la fois comme une communauté et une organisation, repose sur l'acquisition d'un capital communautaire, la participation des membres, la communication, la reconnaissance, le développement de compétences et l'entretien d'une conscience critique. Il est rendu possible par la mobilisation des ressources identifiées par les professionnels et le soutien de leurs représentants régionaux et des acteurs de la régulation pour lesquels de nouvelles compétences en santé publique apparaissent nécessaires.

Rooses, M. (2019). "La réforme de l'organisation de l'offre de soins par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : vers un changement de paradigme". Paris : Sciences Pô ; Rennes : Ehesp

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2019/ppasp/Mathilde%20ROOSES.pdf>

A l'aune de la stratégie "Ma santé 2022", notre système de santé doit s'appuyer sur de nouvelles synergies entre les professionnels de santé de ville, du médico-social et de l'hôpital. Cette recherche du collectif est devenue nécessaire face aux nombreux constats d'insatisfaction des professionnels de santé quant à leurs conditions d'exercice. Résultant d'une organisation en "tuyaux d'orgue", notre système de santé reste marqué par de profondes rigidités d'organisation et est devenu inadapté face aux nouveaux enjeux auxquels il est confronté. Que ce soit les défis épidémiologiques, démographiques ou technologiques, notre système de santé doit s'appuyer sur un dénominateur commun : celui de la coordination interprofessionnelle. Parmi les outils existants, un dispositif permettrait de réunir les acteurs du secteur libéral, hospitalier, médico-social et social : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Supposées mailler le territoire national à l'horizon de l'année 2022, les CPTS s'apparentent à une nouvelle étape dans la structuration de l'offre de soins et du parcours du patient. Jouissant de modes de financements inédits et permettant l'accès à des formations adaptées aux impératifs de coopération entre les métiers, les CPTS visent à offrir un parcours de santé coordonné et de qualité pour les usagers. Toutefois, de nombreuses questions restent en suspens : Dans quelle mesure vont-elles contribuer à transformer l'exercice des professionnels ? Quelles sont les difficultés d'implémentation auxquelles elles seront confrontées ? Comment peut-on les résoudre ? J'y apporte quelques éléments de réponse, sous le prisme de mon regard en tant que chargé de mission à l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) masseurs-kinésithérapeutes en Auvergne-Rhône-Alpes. (R. A.)

Taybaly, M. et Hilal, Y. (2019). "État des lieux d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé étude sociodémographique d'une patientèle en 2017": Thèse d'exercice Médecine. Médecine générale Paris 7 2019

Bravetti, O. (2018). "Identification des facteurs non médicaux influençant la décision d'une hospitalisation d'un patient en cabinet de médecine générale". Nancy Université de Lorraine, http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_BRAVETTI_OLIVIER.pdf

Contexte: La décision médicale est un processus complexe influencé par de nombreux facteurs qu'ils soient scientifiques ou socioculturels, qui incombent aux deux acteurs de la consultation médicale, à savoir le médecin et le patient. Dans un monde de la santé visant l'uniformisation des pratiques nous observons une variabilité de la décision malgré des recommandations scientifiques communes. Objectif: identifier les éléments non médicaux impactant la décision médicale d'hospitalisation d'un patient dans le cadre de soins primaires. Méthode: Étude qualitative par des entretiens semi-dirigés. Résultats: De nombreux paramètres non médicaux régissent la décision d'hospitaliser un patient en soins primaires, ils sont dépendants du patient ou du médecin. Le profil du patient, avec son avis, sa compréhension, son milieu socioculturel mais aussi son entourage influencent la décision. De la part du médecin on relève son expérience, les facteurs subjectifs et organisationnels qui l'entourent. L'environnement médical (manque de lits d'hospitalisation, communication avec les spécialistes de second recours) entraînent des modifications de la prise en charge. La temporalité de la consultation entre en jeu dans l'acte décisif ainsi que la judiciarisation de la pratique. Conclusion: L'uniformisation des pratiques professionnelles semble difficile à mettre en œuvre devant le manque de contrôle de ses éléments extra-médicaux mais qui participent activement à la décision du praticien, même si certains sont modifiables. Certaines solutions existent déjà comme les protocoles ville-hôpital, la création des PTA avec des alternatives à l'hospitalisation et des réflexions au sein des CPTS sur les parcours de soins. Mais ces mesures nécessitent d'être ajuster selon les besoins du terrain.

Laaribi, K. V., Chabot, J.-M., Mamzer, M.-F., et al. (2017). "La santé en France, un système en marche ! la complexité au service des soins de proximité et des maladies chroniques": Thèse de doctorat Éthique médicale Sorbonne Paris Cité 2017
<https://theses.hal.science/tel-02536584/>

Léger, E. (2017). "Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de santé pluriprofessionnelle". Paris : Université Paris Descartes
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01648011>

Contexte : l'augmentation des maladies chroniques et la crise de la démographie médicale entraînent une complexification des prises en charge ambulatoires. Ces nouveaux enjeux de la médecine de premiers recours imposent de travailler ensemble. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), répondent à ces défis en favorisant

l'interprofessionnalité. Problématique : l'interprofessionnalité n'est pas acquise, elle repose sur un équilibre fragile entre déterminants relationnels et structurels. Notre étude vise à étudier les freins et les moteurs de l'interprofessionnalité dans les MSP. Méthodes : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés et élaboration d'un échantillon à valeur théorique parmi des professionnels exerçant ou faisant partie d'un projet de MSP. L'analyse des données a consisté en une analyse thématique sans codage formel. Résultats : nous avons réalisés 17 entretiens entre mai et juin 2016. Les acteurs des maisons de santé se représentent leur travail comme une prise en charge plus efficiente du patient, au sein de laquelle il a une place centrale. Le principal frein à l'interprofessionnalité est la méconnaissance de l'autre. Pour les professionnels, le travail ensemble exige de se connaître et de se faire confiance donc de communiquer. La proximité physique est un élément favorisant. Les contraintes administratives liées à l'interprofessionnalité ainsi que le manque de performance des logiciels patient ont été décrits comme des freins. La présence d'un coordinateur apparaît alors comme un atout. Conclusion : même si elle est facilitée en MSP, l'interprofessionnalité nécessite d'être vigilant et d'anticiper toute situation potentiellement déstabilisante.

Autres ressources

Atlas des Cpts (ministère chargé de la santé) :

La carte nationale permet de visualiser :

- les zones couvertes par une CPTS en fonctionnement, dont l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) est signé
- les zones couvertes par une CPTS prochainement en fonctionnement, dont l'ACI est en cours de signature mais la lettre d'intention et le projet de santé, validés
- les zones couvertes par une CPTS en cours de construction, dont seule la lettre d'intention est validée par la CPAM et par l'ARS.

Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

La Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS) a vocation à promouvoir l'organisation territoriale ambulatoire du système de santé, soutenir la création et le développement des CPTS. Elle propose également sur son site une cartographie des CPTS

Dossier documentaire sur le site de l'EN3s (maj 2019)

Définition, territoire, objectifs et financement des CPTS