

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITE SANTE PUBLIQUE

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2025
par Emmanuel Hay

La délimitation des territoires des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), un prisme d'analyse des enjeux de pouvoir dans la réforme de l'organisation des soins de ville

*Thèse dirigée par Cécile Fournier et Véronique Lucas-Gabrielli,
Directrices de recherche à l'Irdes*

JURY

Isabelle Aubin-Auger, Professeure des universités en médecine générale, Université Paris Cité – *Présidente*

Cécile Fournier, Directrice de recherche, Irdes – *Directrice*

Véronique Lucas-Gabrielli, Directrice de recherche, Irdes – *Directrice*

François-Xavier Schweyer, Professeur de l'École des hautes études en santé publique, Centre Maurice Halbwachs – *Membre du Jury*

Emmanuel Eliot, Professeur des universités en géographie, Université de Rouen – *Membre du jury*

Remerciements

Si cette thèse arrive à son terme aujourd'hui, c'est grâce au soutien, à l'aide et la confiance de nombreuses personnes que je tiens à remercier ici.

Je souhaite tout d'abord remercier du fond du cœur Cécile Fournier et Véronique Lucas, mes directrices de thèse, dont la bienveillance et la disponibilité ont rendu ce travail plus léger. Leurs conseils de lecture et nos points réguliers m'ont ouvert à des disciplines passionnantes, leur exceptionnelle présence dans les dernières semaines a été un immense soutien.

J'adresse également toute ma reconnaissance à Isabelle Aubin-Auger, François-Xavier Schweyer et Emmanuel Eliot d'avoir accepté si rapidement de constituer ce jury dont la diversité m'honore, et de consacrer de leur temps à l'examen de cette (longue) thèse de médecine.

Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans la générosité des personnes qui ont accepté de me rencontrer. Elles ne mesurent pas l'ampleur des enseignements que j'ai tirés de nos échanges. Je remercie plus particulièrement Hugues P, Philippe A, Sophie G et Laure V qui ne pourront malheureusement pas se reconnaître dans ces mots mais dont l'aide a été extrêmement précieuse.

Ma thèse est le fruit d'une année belle passée à l'Irdes, dans un cadre à la fois stimulant et chaleureux. Pour cela, je tiens à remercier l'ensemble des Irdessien·nes que j'ai eu la chance de rencontrer, et plus particulièrement Roseline Vincent, Christophe Gousset, Matthieu Cassou, Marie Bonal et Noémie Morize pour leur aide.

C'est également à l'Irdes que j'ai eu le privilège de confronter mes réflexions aux regards croisés de géographes et sociologues lors de réunions passionnantes. Je tiens à remercier chaleureusement Isabelle Bourgeois et Anne Moyal, aux côtés de Cécile, Véronique et Emmanuel, pour l'attention et la finesse qu'il et elles ont portées au processus de création de ce travail.

J'aimerais également profiter de ces mots pour remercier du fond du cœur les personnes qui m'ont donné l'envie et le courage de me réorienter aussi radicalement dans mon parcours. C'est grâce à elles que j'ai aujourd'hui la chance de m'épanouir dans mon travail et cette thèse en est l'aboutissement. Merci à Yann-Maël Le Douarin, Samuel Delafuys et Juliette Parnot, de m'avoir donné une image à la fois passionnante et glamour de la DGOS. Merci aux médecins de santé publique qui m'ont donné l'envie de les rejoindre, et plus particulièrement à Cécile, Frédéric Dugué, Louise Pages, Béranger Thomas, Rémi Valter, Aurélia Manns, ainsi que Nathanaël Lapidus, que les internes de santé publique francilien·nes sont extrêmement chanceux·ses d'avoir comme coordinateur.

Je suis également reconnaissant à la Direction de l'accompagnement des offreurs de soins de la Cnam, et à Sandra Bidegaray en particulier, de m'avoir ouvert l'accès aux précieuses données d'ExecoCPTS.

Enfin, je tiens à remercier Roxane et Léo de m'avoir mentionné dans leurs remerciements de thèse.

Sigles et acronymes utilisés

ALD : affection longue durée
ADF : Assemblée des départements de France
AMF : Association des maires de France
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
AVECsanté : Avenir des équipes coordonnées santé
CA : conseil d'administration
CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins
CIAS : centre intercommunal d'action sociale
CLS : contrat local de santé
Cnam : Caisse nationale de l'assurance maladie
Cnom : Conseil national de l'Ordre des médecins
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSMF : Confédération des syndicats médicaux français
CSS : complémentaire santé solidaire
CTA : coordination territoriale d'appui
CTS : conseil territorial de santé
Dac : dispositif d'appui à la coordination
Datar : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DCGDR : direction de la coordination de la gestion du risque
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
EPCI : établissements publics de coopération intercommunale
FCPTS : Fédération nationale des CPTS
Fir : fonds d'intervention régional
FHF : Fédération hospitalière de France
FMC : formation médicale continue
FMF : Fédération des médecins de France
GHT : groupement hospitalier de territoire
HPST (loi) : Loi dite « hôpital, patients, santé, territoire »
IDE : infirmier-e diplômé-e d'Etat
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Iris : ilots regroupés pour l'information statistique
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
MOTPS : ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professions de santé
Maia : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
MK : masseur-euses-kinésithérapeute
MT : médecin traitant

NOTRe (loi) : loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République
Paca : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PPL : proposition de loi
PRS : projet régional de santé
PS : professionnels de santé
PTA : plateforme territoriale d'appui
Rosp : rémunération sur objectif de santé publique
Sas : service d'accès aux soins
SMG : Syndicat de médecine générale
Sros : schémas régionaux d'organisation sanitaire
UFML : Union française pour une médecine libre
UFML-S : UFML-syndicat
URPS : union régionale des professionnels de santé
URPS-ML : URPS-médecins libéraux
Zac : zone d'action complémentaire
Zip : zone d'intervention prioritaire

Remarque : l'écriture en italique est utilisée pour les mots et sigles courants dans le langage des acteurs de terrain enquêtés, ainsi que pour les mots en langues étrangères non traduits.

Table des matières

Remerciements	2
Sigles et acronymes utilisés	2
Table des matières	5
Résumé	6
Préambule	7
Introduction	8
« Arrimer » la médecine libérale au service public	9
La mise en place d'un système territorial sanitaire	12
Le territoire, « mot-mirage » du discours politique	15
Une « injonction à la spontanéité »	18
Maires et médecins, titulaires de « mandats »	22
La CPTS comme outil de responsabilité populationnelle	24
La CPTS comme « objet-frontière »	26
Méthodes	28
La phase exploratoire	29
La phase de structuration	31
La phase immersive	35
Résultats	36
Question(s) de recherche et structuration des résultats	36
Partie 1. Qui pense les territoires des CPTS ?	36
Le territoire des CPTS est-il pensé ?	36
Les signataires	41
Les absent-es	76
Partie 2. Les dynamiques à l'œuvre dans la délimitation des territoires de CPTS	88
Quatre catégories de dynamiques à l'œuvre	88
Mise à l'épreuve du modèle	125
Au-delà de la phase initiale de déploiement	133
Conclusion et perspectives	145
L'évolution de la perception du rôle social des porteurs-euses à travers les dynamiques de délimitation des CPTS	147
Quelques individus au centre du processus	149
Penser l'avenir des CPTS à partir de leur genèse	151
Bibliographie	155

Résumé

L'éclatement de l'offre de soins de ville est une caractéristique historique du système de santé français. Le manque de coordination du monde libéral est identifié par les pouvoirs publics comme un nœud de ce problème auquel les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), introduites en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, doivent répondre. Le déploiement rapide de ce dispositif censé émaner du terrain par lequel des professionnel·les de santé contractualisent avec les tutelles locales (Caisses primaires d'assurance maladie et Agences régionales de santé) s'inscrit dans une dynamique plus globale de territorialisation de l'action publique. Le cadre réglementaire volontairement souple des CPTS, notamment concernant leur territoire, favorise l'enrôlement des *libéraux*, en particulier médecins, dans ce mouvement « d'injonction à la spontanéité » qui doit permettre de relier les soins de ville au reste du système de santé. Que dit l'investissement des processus de délimitation des CPTS par les *libéraux* de la transformation de leurs relations, entre eux et avec les *tutelles* ?

Ma thèse s'intéresse à la phase initiale (2019-2023) du déploiement des CPTS, et repose sur une enquête qualitative réalisée en 2023 et 2024 dans et autour de 13 CPTS (dont 4 de manière approfondie) situées dans quatre régions françaises. Elle est composée d'une cinquantaine d'entretiens semi-directifs menés avec des porteurs·euses de projet de CPTS, des agent·es d'administration et d'autres acteurs de cet écosystème (hôpitaux, bureaux d'études, collectivités territoriales), complétés par l'étude d'un corpus documentaire.

Le concept « d'objet-frontière » permet d'éclairer le rapprochement d'acteurs aux conceptions et intérêts hétérogènes. Les CPTS se structurent principalement autour de *leaders*, habitués des instances représentatives et des réformes organisationnelles. À l'inverse, établissements sanitaires et médico-sociaux, collectivités territoriales et usagers sont laissés à l'écart. Autour de ces *leaders* gravitent des petits groupes de porteurs·euses reliés par des proximités aspatiales (institutionnelles, cognitives, organisationnelles, sociales), et animés par des motivations diverses : prolonger le mouvement pluriprofessionnel initié par les maisons de santé ou, au contraire, défendre le modèle libéral classique.

Quatre logiques principales ressortent des processus de délimitation : le poids des relations et organisations préexistantes, l'approche par le bassin de vie et ses usages de soins, l'effet de la taille du territoire, la prise en compte de contraintes extérieures et de l'implantation de partenaires (l'intercommunalité principalement). Ces dynamiques, combinées dans des proportions variables selon les cas, transforment progressivement la manière dont la petite part de *libéraux* impliqués dans ce mouvement perçoit son rôle social, mais l'évolution des relations avec les tutelles est plus large.

En effet, l'hypothèse d'un cadre réglementaire progressivement plus contraignant, à l'image de celui des intercommunalités, suggère une interdépendance croissante entre *libéraux* et avec leurs partenaires. La mise en place de coopérations informelles en inter-CPTS signe que l'appropriation du territoire par les professionnel·les de santé se poursuit (voire débute) au-delà de la phase de création des CPTS.

Mots-clés : soins de ville, CPTS, territoire, coordination, libéraux, médecins, territorialisation.

Préambule

Je commence à m'intéresser à la question de l'organisation des soins à l'échelle d'un territoire à l'été 2023, alors que je suis en stage en tant qu'interne en médecine à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), pour ma première expérience en santé publique, après un début d'internat en anesthésie-réanimation. Ce passage au ministère me permet de me familiariser avec plusieurs choses jusque-là totalement inconnues : les soins de ville¹, l'exercice coordonné, et ces énigmatiques CPTS dont j'entends si souvent parler... Contrairement aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), avec lesquelles elles sont parfois confondues, les CPTS ne dispensent pas de soins, elles n'ont pas de locaux accessibles au public. Malgré leur invisibilité, je perçois rapidement, au vu du portage politique et des fonds alloués, qu'il s'agit peut-être d'un tournant majeur pour la structuration de l'offre de soins de ville, et donc plus largement pour notre système de santé.

C'est donc très spontanément que je choisis à l'automne 2024 d'effectuer le stage encadré à l'Irdes par Cécile Fournier et Véronique Lucas, dont la fiche de poste propose, via une « enquête sociologique et géographique », d'effectuer une « qualification des territoires sur lesquels interviennent ces groupements d'acteurs en analysant les conditions et les dynamiques de structuration des territoires des CPTS au fil du temps ».

Malgré mon absence de formation en géographie et en sociologie, cette perspective me paraît excitante, dans une période de changements importants dans mon orientation. Changer de perspective (passer de la mise en place à l'évaluation de politique publique) pour m'intéresser en profondeur à ces dispositifs naissants, en bénéficiant du temps plus long de la recherche, m'enthousiasme.

Afin de me familiariser avec les méthodes de recherche qualitative, je suis les cours de l'unité d'enseignement « Approches des sciences sociales, recherche qualitative » dirigée par Cécile Fournier au sein du master 2 « Recherches en santé publique » de la faculté de médecine de l'Université Paris Saclay.

Mon intérêt pour ce sujet est notamment lié à ce que je découvre à cette période du monde de la médecine libérale et du poids de la voix de ses représentant-es. Je vois le déploiement des CPTS comme un jeu de pouvoir entre l'Etat et les syndicats, entre corporatisme et

¹ Les soins de ville s'opposent aux soins hospitaliers et sont délivrés dans des cabinets libéraux, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé ou encore des structures associatives (CeGIDD, PASS, etc.) Ils sont à distinguer des soins primaires (parfois appelés « soins de proximité ») qui désignent les soins de premier recours, par opposition aux soins spécialisés. S'ils sont souvent délivrés en ville, les soins primaires sont à ne pas confondre avec eux. En effet, les services d'accueil des urgences sont un exemple de structure de soins primaires située à l'hôpital.

« fonctionnarisation » de la médecine libérale. J'y suis particulièrement sensible, étant moi-même impliqué à cette période au Syndicat des internes des hôpitaux de Paris. Tout au long de ce travail, ces questions seront à la fois un moteur de mon intérêt et quelque chose dont je choisirai de m'écarter avant d'y revenir, en prenant soin d'analyser la manière dont ma position et mon parcours sont susceptibles d'influencer mon analyse.

Introduction

« Pour moi, l'effet de la CPTS, c'est pas uniquement le parcours insuffisance cardiaque ou les invitations au dépistage du cancer du sein... C'est pas des finalités, c'est des moyens pour faire changer une culture professionnelle. Et une culture professionnelle, ça ne se change pas du jour au lendemain. (...) Donc, à partir de là, que le territoire soit plus ou moins cohérent, mais qu'on arrive à convaincre des gens d'y aller parce qu'ils s'y sentent bien, dans un collectif avec qui ils partagent des valeurs et avec qui ils sont à l'aise, ça me paraît être le prix à payer, en tout cas, pour lancer la dynamique. »

Dans l'immense salle de réunion où il me reçoit, située au dernier étage de la CPAM, et qui semble bien vide au moment de notre entretien, Philippe A², directeur, prend de la hauteur pour me présenter sa vision des CPTS, qu'il connaît bien. Il s'écarte de la posture plus classique et conventionnelle des agent-es d'administration que je rencontre et se prête au jeu de l'analyse de cette politique publique qui se fait sous nos yeux (lorsqu'il évoque les « finalités » et les « moyens »). Son analyse est précieuse car ces communautés, créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), sont un dispositif difficile à appréhender à tous les niveaux, qu'il s'agisse de son cadre légal et réglementaire, de son application concrète, ou de la stratégie politique dans laquelle il s'intègre. Les CPTS sont complexes, hétérogènes et méconnues. Elles sont le fruit « d'une nouvelle approche conceptuelle du service public »³ revendiquée par le gouvernement pour traiter une problématique qui, elle, est historique, l'éclatement de l'offre de soins de ville et sa faible articulation avec l'hôpital. Les CPTS sont ainsi présentées à la fois comme l'aboutissement

² Dans l'ensemble de la thèse, le nom des personnes enquêtées a été modifié.

³ Extrait de la lettre de mission du 26 juin 2013 de la ministre Marisol Touraine à Bernadette Devictor, présidente de la Conférence nationale de santé, qui lui confie la responsabilité de coordonner le rapport qui servira de base pour une partie de la LMSS. Le rapport « Le service public territorial de santé, le service public hospitalier », dit « rapport Devictor » sera remis en mars 2014.

d'un parcours long et sinueux et le début d'une ère nouvelle, avec l'ambition de prendre très vite une place centrale dans la structuration du système de santé.

Dans cette introduction, j'aborderai l'ambition que représente le déploiement des CPTS « d'arrimer » (Schweyer 2024) la médecine de ville au service public à travers la mise en place d'un système territorial global censé articuler ville et hôpital. Nous verrons que ce déploiement fait appel à un « mot-mirage » du discours politique, celui de « territoire », pour enrôler les professionnel·les dans une dynamique « d'injonction à la spontanéité », et propose une redistribution du « mandat » d'organisation des soins de ville jusqu'ici détenu par les médecins. Afin d'analyser ces enjeux, cette thèse s'intéresse au processus de délimitation des CPTS au cours de la phase initiale de leur déploiement.

« Arrimer » la médecine libérale au service public

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action (...) des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en CPTS. (...) Les membres de la CPTS 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. »

C'est de cette façon énigmatique que sont définies les CPTS à l'article L1434-12 du code de la santé publique. Ainsi, la loi laisse à des professionnel·les de santé non désigné·es le soin de prendre l'initiative de mettre en place ces innovations organisationnelles qu'ils et elles n'ont pourtant pas demandées (voire auxquelles ils et elles se sont même plutôt opposé·es, comme je l'aborderai plus loin dans cette introduction).

Ce flou qui est un élément caractéristique du dispositif dénote avec l'ambition affichée par le président de la République en 2018 lors de la présentation du plan « Ma santé 2022 », qui fait figure d'acte de naissance des CPTS, ou plutôt de leur portage politique⁴. C'est en raison de ce flou que j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement dans cette introduction aux éléments de langage du discours politique, qui sont une sorte de sous-titres des textes normatifs minimalistes, permettant de mieux comprendre la stratégie dans laquelle ce dispositif s'intègre.

« La meilleure organisation passe aussi par une plus grande responsabilité des professionnels de santé dans l'organisation de la réponse aux besoins de santé de

⁴ Avant 2019, les CPTS ne disposent pas d'un financement encadré et se déploient très peu (cf. infra).

la population dans leurs territoires. Ces besoins, nous les connaissons. C'est la prise en charge de tout patient par un médecin traitant. C'est la réponse aux soins non programmés dans le cadre de la permanence des soins en journée. C'est le développement d'une offre structurée de télémedecine. C'est le suivi et la coordination des interventions autour des patients les plus complexes, notamment en sortie d'hospitalisation ou pour prévenir une hospitalisation, ou pour garantir le maintien à domicile de personnes fragiles et âgées. C'est le développement de programmes de prévention. Nous connaissons tous ces besoins. Et pour répondre à ces vrais défis sur lesquels nous avons une obligation de résultat, il faut que tous les professionnels d'un territoire s'engagent, travaillent ensemble et portent une responsabilité collective vis-à-vis des patients et de la population. Le cadre de cet engagement sera la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. » (Macron 2018)

Dès maintenant, nous pouvons remarquer que, si ce sont toujours « les professionnels de santé » qui sont évoqués dans les discours et textes réglementaires, il s'agit en premier lieu, en lançant le déploiement des CPTS, de s'adresser aux médecins, et plus précisément aux médecins libéraux-ales. En effet, les premières missions évoquées ici – l'accès à un médecin traitant et à une offre de soins non programmés – deviendront en 2019 les deux missions les mieux rémunérées par l'accord cadre interprofessionnel (ACI)⁵ que ce discours annonce, ouvrant la voie à un financement lisible et pérenne des CPTS (cf. encadré n°4). Ce sont ces médecins libéraux-ales qui, par le biais de leurs syndicats, avaient rapidement balayé l'idée d'un service public territorial de santé (SPTS), préfiguration des CPTS présentée en 2014 dans le rapport Devictor (Devictor 2014). La mise en place de ce service public devait donner lieu à un nouveau découpage, infra-départemental, par les Agences régionales de santé, « en concertation avec [les acteurs] », venant s'ajouter aux nombreuses strates du « mille-feuille sanitaire » (Eliot et al. 2023) qui s'enrichit progressivement depuis 1970 et le début de la planification sanitaire (cf. encadré n°1). Pour tenter de se repérer dans cet « enchevêtrement de strates » successives, Emmanuel Eliot et ses collègues ont mis au point un outil cartographique intitulé « Camailleu santé », disponible en ligne⁶.

⁵ Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

En ligne [version du 14/08/2025] : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000038954744>

⁶ <https://s2.or2s.fr/camailleu-sante> [version du 31/07/2025]

Encadré n°1 – Les grandes étapes de la planification sanitaire*

La carte sanitaire (1970) : première étape significative dans la planification sanitaire en France, la carte sanitaire vise à améliorer l'offre de soins en termes de lits par habitant, en planifiant la répartition géographique des installations et activités de soins.

La loi du 31 juillet 1991 : elle fait émerger la région comme référent territorial en matière d'organisation des soins et crée un nouvel outil de planification, le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Celui-ci a pour mission de préciser la manière dont les soins doivent être organisés dans la région pour répondre de manière adaptée aux besoins localisés des populations. L'ordonnance du 4 septembre 2003 supprime la carte sanitaire.

La loi HPST en 2009 : les ARS sont créées, elles ont la charge de piloter les Sros de 3^{ème} génération qui cadrent l'organisation des soins sur un champ beaucoup plus large d'activités puisqu'ils couvrent les activités de santé publique, de soins, d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que l'accès aux soins de premiers recours (art. L. 1434-16 du CSP).

La loi du 26 janvier 2016 (LMSS) puis le plan « Ma Santé 2022 » confortent le rôle de l'agence régionale de santé et de l'Etat et promeuvent un cadre d'action qui laisse plus de place aux acteurs et à l'expérimentation au niveau local. Ce référentiel implique alors une définition plus souple et moins descendante des territoires.

*Encadré rédigé par Véronique Lucas-Gabrielli

La proposition du rattachement des médecins libéraux à un service public maillé et piloté par les Agences territoriales de santé (ARS), dans un contexte déjà tendu par la proposition d'imposer le tiers payant généralisé, est une attaque insupportable pour les défenseurs du modèle libéral, et l'idée est très vite abandonnée. Ou pas vraiment, puisque c'est en réalité toujours de cela dont il est question avec les CPTS, mais sous une autre forme, incitative cette fois (« A la contrainte, je veux privilégier l'incitation. » (Macron 2018))

En effet, la LMSS indique⁷ que les CPTS peuvent être appelées « à assurer, en tout ou partie » les missions de service public suivantes :

- « 1° L'amélioration de l'accès aux soins ;
- 2° L'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé ;
- 3° Le développement d'actions territoriales de prévention ;
- 4° Le développement de la qualité et de la pertinence des soins ;
- 5° L'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire ;
- 6° La participation à la réponse aux crises sanitaires. »

⁷ Article L1434-12-2 du code de la santé publique

Comme l'explique le sociologue François-Xavier Schweyer, il s'agit avec les CPTS « d'arrimer la médecine libérale à un système territorial qui se met en place » (Schweyer 2024)

La mise en place d'un système territorial sanitaire

Ce système est inscrit par la loi de 2016 dans le code de la santé publique au sein d'un chapitre intitulé « Territorialisation de la politique de santé », formalisant les recommandations du rapport Devictor. Ce système répartit les offreurs-euses de soins en deux sous-systèmes qui peinent à s'articuler. Côté hôpital, le service public hospitalier prendra dans la loi la forme de groupements hospitaliers de territoires (GHT, cf. encadré n°2), et, côté *ville*, le service public territorial de santé deviendra les CPTS (Gautier 2019).

Encadré n°2 – Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Les GHT sont un dispositif conventionnel obligatoire créé par la LMSS pour renforcer la coordination et la coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux publics, dans la continuité des groupements de coordination sanitaires (GCS, 2003) puis des communautés hospitalières de territoires (CHT, 2009) qu'ils remplacent.

Les 136 GHT constitués à la hâte en 2016 regroupent chacun entre 2 et 20 établissements dont un est désigné comme « établissement support », dans le but de mutualiser certaines fonctions (achats, système d'information) et de structurer des parcours de soins formalisés au sein de projets de soin et médicaux partagés.

Malgré la volonté de la ministre Marisol Touraine « d'inscrire le service public hospitalier dans le service public territorial de santé » en faisant la synthèse des travaux précédents⁸, force est de constater que le rapport, qui « traite successivement du SPTS puis du SPH - sans partie commune »⁹, n'y parvient pas.

Ces deux sous-systèmes ont l'obligation d'intégrer leurs orientations et leurs actions dans le cadre des projets régionaux de santé (PRS) qui sont élaborés par les ARS tous les 5 ans, en prenant en compte la stratégie nationale de santé décennale et en impliquant un grand nombre d'acteurs au sein d'une *comitologie* complexe (cf. encadré n°1). Cette intégration conditionne l'accès à des financements via la signature de contrats dont le principal est le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En parallèle de ces contrats passés

⁸ Principalement le rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital » (Couty et Scotton 2013)

⁹ Article de Jean-Noël Escudié sur le site de la Banque des territoires

<https://www.banquedesterritoires.fr/le-rapport-devictor-entend-poser-le-cadre-du-service-public-territorial-de-sante> [version du 20/06/2025]

avec les offreurs-euses, et toujours dans cette idée d'intégration dans le PRS, les ARS formalisent avec les communes, et avec les intercommunalités le plus souvent, des contrats locaux de santé (CLS, cf encadré n°3).

Encadré n°3 – Les contrats locaux de santé (CLS)

Les CLS, créés en 2009 par la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » (HPST), sont signés entre les ARS et les collectivités territoriales ou leurs groupements dans le but de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Ils sont le plus souvent signés à l'échelle de l'intercommunalité et permettent aux élu-es, qui ne disposent pas de compétence propre en termes de santé, de financer différents types d'actions s'intégrant dans le projet régional de santé (PRS) de l'ARS.

CPOM et CLS sont financés via le fond d'intervention régional (Fir) des ARS, censé leur garantir une certaine autonomie et permettre la régionalisation des politiques publiques depuis leur création en 2009 (loi HPST), ce qui est régulièrement contesté par les observateurs, notamment les chercheurs-euses travaillant dans le champ de l'évaluation des politiques publiques de santé, qui pointent la faible part des dépenses qui y est consacrée (Pierru 2020). A titre d'illustration, en 2024, 6,1 milliards d'euros ont été consacrés au Fir, associé au « Soutien national à l'investissement »¹⁰, pour un objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (Ondam) total de 254,9 Mds, soit environ 2,4% (Commission des comptes de la Sécurité sociale 2024)

Je propose de diviser ce système territorial en trois types de liens disposés autour des *tutelles* : les liens *tutelles*-hôpital, les liens *tutelles*-collectivités territoriales (et leurs regroupements), et les liens *tutelles*-CPTS, en gardant à l'esprit que *tutelles* renvoie ici, comme dans l'ensemble de la thèse, concernant les échelons locaux (départemental et régional), aux ARS et CPAM.

S'agissant du lien avec les CPTS, l'Assurance maladie, qui finance le dispositif, joue un rôle nettement plus important que dans les deux autres types de liens qui sont, eux, construits autour des ARS. L'analyse de cette place nouvelle prise par l'Assurance maladie dans le pilotage de l'offre de soins et des implications sur les relations entre ARS et CPAM est un des objets de ce travail.

La LMSS prend le parti de se focaliser sur les acteurs, sans les associer à des territoires définis. Elle les identifie (conseils territoriaux de santé, GHT, CPTS...), leur confie des rôles, encadre leur mode de relation et de financement, mais elle ne fixe pas d'échelle uniforme au niveau national pour structurer ce système et ne donne pas non plus de pistes

¹⁰ La part affectée au seul Fir ne figure pas dans le rapport

méthodologiques pour le faire, comme cela avait pu être le cas auparavant pour les schémas régionaux d'organisation sanitaire (cf. infra)¹¹.

Concernant les CPTS et les GHT¹², cette mission est transférée aux acteurs de terrain. Les ARS, elles, doivent proposer un découpage en « territoires de démocratie sanitaire », devenus en 2023¹³ des « territoires de santé », sur lesquels siègent des conseils territoriaux de santé (CTS)¹⁴ chargés de mettre au point un projet territorial de santé, déclinaison locale du PRS, et de suivre son avancement.

Comme seul guide dans ce découpage, un décret en conseil d'Etat¹⁵ pris en juillet 2016 précise que ces territoires de démocratie sanitaire doivent permettre :

« 1° La mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales

2° La prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers. »

En dehors de la Bretagne qui fait figure d'exception, et de quelques situations où l'on peut constater des adaptations mineures¹⁶, l'ensemble des territoires de santé (ex-territoires de démocratie sanitaire) correspond en 2025¹⁷ aux départements. Ils apparaissent comme les seuls éléments tangibles auxquels les directeurs-rices d'ARS ont réussi à se raccrocher, traduisant leur difficulté à appréhender cette notion autrement et leur « dépendance au sentier », concept issu de l'économie et transposé aux sciences politiques par Paul Pierson

¹¹ Dans les SROS de troisième génération, la définition de territoires est guidée par la circulaire n° 101 du 5 mars 2004 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, qui recommande aux régions d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires « tenant compte des réalités locales et s'affranchissant des traditionnelles limites administratives ». La circulaire suit les recommandations d'un groupe de travail préparatoire à la mise en place du SROS 3 sur la notion de « territoires de l'accès aux soins » codirigé par le ministère de la santé et le Credes (Polton et Mauss 2003).

¹² Comme pour les CPTS, la constitution des GHT semble avoir été confiée aux directeurs-rices d'établissement sans consigne à suivre. Un travail similaire dédié aux GHT permettrait de compléter et éclairer les résultats de cette thèse.

¹³ Loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « Loi Valletoux ».

¹⁴ Entre 34 et 58 membres y siègent, répartis en quatre collèges : un collège des professionnel·les et offreurs-euses des services de santé (20-28 membres), un collège des usagers et associations d'usagers (6-10 membres), un collège des collectivités territoriales ou de leurs groupements (4-7 membres), un collège des représentant·es de l'Etat (2-3 membres).

¹⁵ Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé

¹⁶ Nord des Hauts-de-France, Territoire de Belfort, Bourgogne-Franche-Comté, régions ultramarines.

¹⁷ Certaines régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine, Occitanie) avaient initialement des territoires de démocratie sanitaire différents des départements mais généralement sans s'écarter de découpages administratifs (associations de plusieurs départements le plus souvent).

qui « propose de [le] définir de la façon suivante : “une fois établis, les modèles de mobilisation politique, les règles du jeu institutionnelles et même les façon de voir le monde politique des citoyens vont souvent auto-générer des dynamiques auto-renforçantes” » (De Maillard et Kübler 2009). Ce choix par défaut permet aux ARS d’assurer une certaine cohérence avec leur organisation interne en délégations départementales gravitant autour d’un siège régional, et avec celle de la plupart de leurs partenaires exerçant des activités dans le champ sanitaire, médico-social et social.

Le fait que l’appellation de ces territoires ait changé en 2023, passant de « territoire de démocratie sanitaire » à « territoire de santé »¹⁸ est un exemple édifiant témoignant du « flou conceptuel » (Pierru 2020) qui réside derrière la notion de territoire dans le langage politique et normatif où il occupe pourtant une place croissante. Concernant les CPTS, il est question dans la loi de « territoires d’action » (cf. supra). Ailleurs, dans les rapports, instructions et autres décrets, il est alternativement question de « territoire de proximité », de « territoire stratégique », de « territoire de projet », de « territoire opérationnel » ou encore de « territoire vécu », cette dernière notion se rapprochant plus de celle de « bassin de vie ».

Le territoire, « mot-mirage » du discours politique

L’objet n’est pas ici de proposer une nouvelle définition du terme, ou une synthèse, mais plutôt d’éclairer son usage dans les réformes de santé et le discours politique qui les accompagne. Je l’emploierai dans une acception large, à savoir « une portion d’espace approprié »¹⁹. La territorialisation, que j’aborderai plus loin, correspond au processus d’appropriation de l’espace par un individu ou un groupe.

Concernant le « bassin de vie », il faut noter qu’au-delà de son usage dans le langage courant, l’Insee en a proposé la définition suivante : « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants »²⁰, donnant lieu à une cartographie très précise. Cette méthodologie a été déclinée pour les équipements et services de santé, aboutissant au découpage en « territoires de vie-santé » (Legendre 2020), qui n’est pourtant jamais évoqué dans les textes normatifs ou guides à destination des porteurs-euses de CPTS étudiés dans cette étude.

Très loin de cette précision, le « territoire » est progressivement devenu « un mantra des politiques publiques », comme le souligne le géographe Emmanuel Vigneron. Chaque

¹⁸ La reprise de cette appellation déjà utilisée auparavant dans les schémas régionaux d’organisation sanitaire (Sros) de troisième génération (Lucas-Gabrielli 2010) est source de confusion.

¹⁹ <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/territoire> [Version du 31/07/2025]

²⁰ <https://www.insee.fr/fr/information/6676988> [Version du 31/07/2025]

réforme de santé en comporte plus d'occurrences que la précédente, et la LMSS établit en 2016 le nouveau record à « cent six fois en cent onze pages » (Vigneron 2020:202). A mesure que son utilisation augmente, le mot se vide de tout contenu.

Vigneron le définit comme un « mot passe-partout ». En complément, je propose l'appellation de « mot-mirage » du discours politique, qui attire et séduit de loin mais disparaît à mesure que l'on s'en approche. C'est précisément dans ce vide sémantique que réside son pouvoir. Il permet ainsi de justifier une politique publique qui serait automatiquement et incontestablement adaptée « aux spécificités des territoires », pilotée par « les acteurs de terrain »²¹, et non pas dictée depuis des administrations parisiennes déconnectées. Mais, en réalité, il ne s'agit aucunement pour l'administration centrale de renoncer à une partie de son pouvoir, mais bien de « gouverner à distance », dans une « dynamique de recentralisation « technique » » autour de contrats (Pierru 2020). Ce concept de « gouvernement à distance », initialement décrit par le sociologue Renaud Epstein au sujet de la politique de la ville (Epstein 2006), décrit une stratégie s'inscrivant dans le *new public management* censée incarner une modernisation de l'action publique, basée sur une contractualisation entre des acteurs locaux mais dont les règles restent pilotées au niveau national (cf. encadré n°4). En poursuivant des indicateurs de performance, on attend des politiques portées qu'elles soient plus efficaces et faciles à évaluer.

Toutefois, pour pouvoir signer un contrat, il faut des parties. Or, avant 2016, celle représentant *la ville* n'existe pas. En cela, le discours politique revêt une fonction performative, préalable nécessaire à des formes plus abouties de « gouvernement à distance », notamment ce que le géographe Jean-Marc Offner appelle, reprenant les travaux de Daniel Behar, la « territorialisation normative » (Offner 2006). Il s'agit d'adapter les politiques sectorielles selon des zonages, en priorisant les zones aux besoins les plus importants, et en abordant le territoire « comme un problème ». Concernant l'offre de soins, ces zonages existent déjà²² et sont désormais intégrés dans la plupart des réformes. Il est imaginable qu'ils trouvent à l'avenir une place dans la contractualisation des CPTS.

En face de cette territorialisation normative, Offner décrit ainsi une « territorialisation pragmatique » – le territoire abordé « comme une solution » – qui rejoint ce qui est fréquemment désigné par l'anglicisme *bottom-up*, l'approche revendiquée par l'Etat avec

²¹ Ces termes sont récurrents dans les éléments de langage des agent-es d'administration.

²² Les zones d'actions complémentaires (Zac) et les zones d'interventions prioritaires (Zip) correspondent respectivement aux « territoires de vie-santé » fragiles et très fragiles. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin> [version du 31/07/2025]

Encadré n°4 – L'accord-cadre interprofessionnel (ACI) des CPTS

L'ACI CPTS a été signé en juin 2019 entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives des professionnel·les de santé afin « de définir (...) un cadre pérenne d'accompagnement et de financement aux CPTS ». Il précise les conditions du contrat tripartite signé entre CPTS, ARS et CPAM pour une durée de 5 ans, rediscuté au moins une fois par an au cours de dialogues de gestion. Ce contrat est la dernière étape du processus de création des CPTS, après la validation de la lettre d'intention puis du projet de santé par l'ARS.

L'ACI introduit quatre catégories de taille, en fonction de la population couverte :

Taille 1 < 40 000 habitants

Taille 2 : Entre 40 et 80 000 habitants

Taille 3 : 80 000-175 000 habitants

Taille 4 > 175 000 habitants

L'ACI fixe aux CPTS 6 missions dont 4 sont obligatoires (dites « socles ») et 2 complémentaires :

1. Amélioration de l'accès aux soins, notamment à un médecin traitant, à une offre de soins non programmés et de télésanté
2. Organisation de parcours pluriprofessionnels
3. Développement des actions territoriales de prévention
4. Réponses aux crises sanitaires grave, avec la rédaction d'un plan d'action à activer en cas de survenue d'une crise (mission ajoutée par avenant à l'ACI en 2021)
5. Développement de la qualité et de la pertinence des soins (mission optionnelle)
6. Accompagnement des professionnel·les de santé sur le territoire (mission optionnelle), dans le but de favoriser l'attractivité du territoire

Les différentes actions permettant de remplir ces missions et les indicateurs utilisés pour mesurer leur accomplissement sont convenus à la signature du contrat et lors des dialogues de gestion*. Les fonds versés sont ensuite calculés en fonction de l'atteinte des objectifs fixés et de la taille de la CPTS.

Les montants perçus par les CPTS peuvent aller jusqu'à 237 500 euros pour une CPTS de taille 1 et jusqu'à près de 530 000 pour une CPTS de taille 4 comportant au moins 100 membres**. Ces enveloppes sont divisées en un financement de fonctionnement représentant environ 20% du total et un financement des missions représentant environ 80% du total. 40% du financement des missions est variable, déterminé en fonction de l'atteinte indicateurs convenus.

* Sauf concernant la mission 1 pour laquelle les indicateurs possibles sont listés par l'ACI.

** Hors volet variable de réponse à une crise sanitaire grave et volet fixe de rédaction initiale du plan.

Lien vers le site de l'Assurance maladie [version du 31/07/2025] : <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>

les CPTS. Cela correspond selon lui, dans son article de 2006, à « l'appréciation fine des besoins, l'adaptation des modes d'intervention, l'établissement de diagnostics partagés facilitant l'interconnaissance entre acteurs, [qui] permettent de « coller » au territoire. »

Une « injonction à la spontanéité »

Concernant les CPTS, il faut souligner que ce sont des communautés que le discours politique fait exister, et non des territoires, mettant en avant l'approche de ce dispositif par le jeu d'acteur plutôt que le découpage. Et si elles sont présentées comme très libres dans leur composition et leur gouvernance, il est attendu de ces communautés qu'elles apparaissent rapidement.

« Moi, je souhaite que nous puissions aujourd'hui, sur ces territoires pertinents, avoir une vraie coopération de l'ensemble des professionnels de santé au-delà des frontières de statut, de positionnement, et que l'ensemble de celles et ceux qui portent la bonne santé d'une population en soient coresponsables. Nous devons faire que ces communautés professionnelles couvrent tous les territoires d'ici au 1er juillet 2021. Je fais confiance aux initiatives de terrain pour qu'elles se déploient en très grand nombre. » (Macron 2018).

Cet enchaînement direct, en deux phrases, de « nous devons » à « je fais confiance aux initiatives du terrain » est ce que je propose d'appeler une « injonction à la spontanéité », élément central de l'esprit de la réforme, de son mode opératoire.

Cette injonction est le résultat de cette volonté contradictoire de l'Etat de voir émerger du terrain des dispositifs qu'il a imaginés lui-même, pour ensuite pouvoir les piloter. Offner illustre parfaitement cette tension :

« Aujourd'hui, le territoire est donc censé fournir tout à la fois le cadre de l'action et de son évaluation, son sens et son organisation, vision que le slogan de la Datar²³, « Un territoire, un projet, un contrat », résume bien. » (Offner 2006)

Cette posture qui peut sembler paradoxale est également un aveu de faiblesse, le signe d'un Etat qui ne semble pas voir d'autres solutions, qui se résout à demander aux professionnel·les de santé, et notamment aux médecins : « Puisque vous refusez qu'on vous impose un dispositif, créez le vôtre comme vous le souhaitez, mais faites-le, et vite ! »

²³ Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale. Créée en 1963, la Datar disparaît en 2014 et est intégrée au Commissariat général à l'Égalité des territoires, lui-même remplacé en 2019 par l'Agence nationale de la cohésion des territoires.

En effet, concernant la délimitation du territoire, aucun attendu n'est défini. La loi – qui indique seulement que le « projet de santé précise (..) le territoire d'action » – est complétée par une instruction²⁴ qui n'apporte pas plus de précision sur cette question :

« Le territoire couvert par le projet de la CPTS correspond à celui de la population concernée par le projet. Aucune norme préalable à la définition du projet n'est posée. »

L'ACI CPTS, quant à lui, n'aborde pas le sujet. Différents guides sont rédigés, mais ils n'ont pas la valeur normative d'un texte produit par les *tutelles*. Celui de l'ARS Ile-de-France, publié en 2017, indique que le territoire doit être « plus large que celui d'une équipe de soins primaire²⁵ » mais « infra-départemental pour répondre aux besoins de proximité (ou infra-territoire de santé) » (ARS Ile-de-France 2017), ce qui correspond à la réalité, puisqu'en mai 2023, les 437 CPTS ayant signé un contrats ACI couvrent en moyenne 37 communes²⁶.

Cette absence de cadre n'est pas propre aux CPTS, elle est une des caractéristiques de la territorialisation de l'action publique, du « gouverner à distance », comme l'a montré la politiste Anne-Cécile Douillet en 2003 au sujet des politiques de développement territorial, parmi lesquelles elle mentionne les intercommunalités (que j'aborderai plus loin), et dont les CPTS sont un exemple sectoriel.

« L'espace de définition et de mise en œuvre du projet de développement local doit avoir une « cohérence culturelle, économique ou sociale », il doit correspondre à un « bassin de vie quotidienne », avoir une « cohérence géographique », bref être « pertinent »²⁷, sans que soient vraiment précisés les critères de la pertinence puisqu'ils doivent être appréciés localement, en fonction du « projet ». » (Douillet 2003)

L'Etat choisit donc de laisser aux professionnel·les de santé le soin de délimiter les territoires des CPTS (approche qualitative) et se focalise sur l'avancement de la couverture

²⁴ INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

²⁵ Les équipes de soins primaires (ESP), également introduites par la LMSS, sont des groupes de professionnel·les de santé comportant au moins un médecin généraliste, qui décident de travailler de façon coordonnée sans être nécessairement regroupé·es sur un même lieu d'exercice. Elles le formalisent au moyen d'un projet de santé.

²⁶ Diaporama présenté en commission paritaire nationale des CPTS du 1^{er} juin 2023.

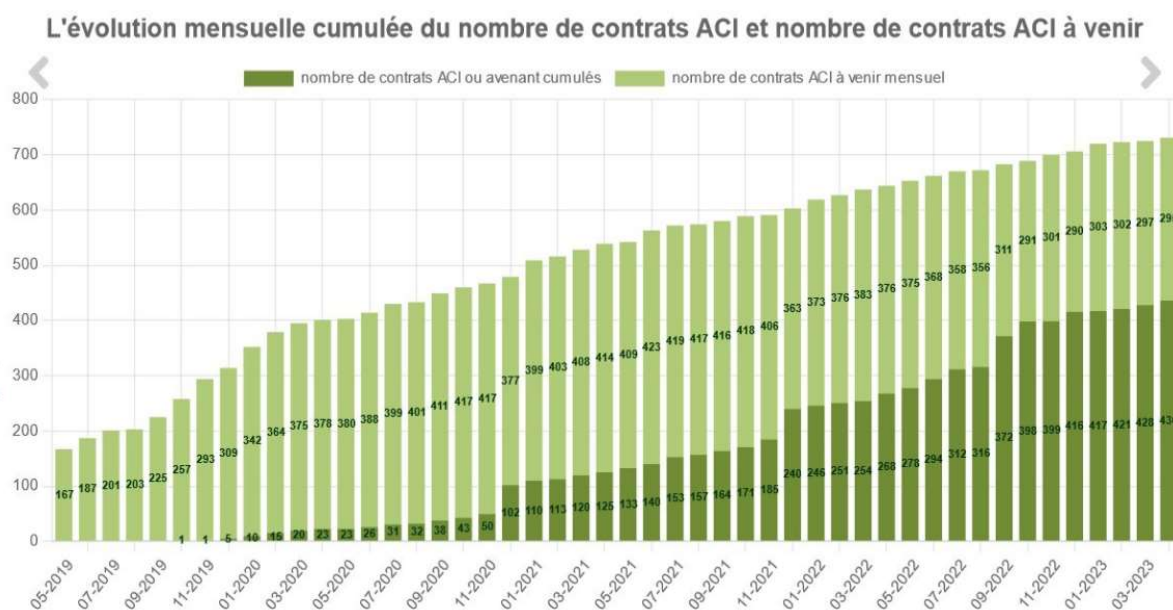
²⁷ A noter l'utilisation des « territoires pertinents » par le président de la République dans son discours du 18 septembre 2018 (cf. extrait p. 18).

(approche quantitative). L'objectif initial de 1000 CPTS²⁸, qui donnait indirectement un indice sur l'ordre de grandeur de la taille imaginée, avec environ 10 CPTS par département, est remplacé en janvier 2023 par le « Plan 100% CPTS » qui vise une couverture totale du pays avant la fin de l'année. Ce plan instaure notamment « une *task-force* pour investiguer chaque zone blanche et proposer un plan d'action »²⁹ (Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professionnels de santé 2023), marquant ainsi un tournant symbolique dans le pilotage du déploiement des CPTS. Une phase initiale se termine (cf. encadré n°5) et une deuxième s'ouvre, avec pour but d'identifier des solutions là où « l'injonction à la spontanéité » n'a pas suffi.

²⁸ Cet objectif est cité dans le plan « Ma santé 2022 ».

²⁹ « Les Agences régionales de santé (ARS) et les CPAM dans chaque région monteront une *task-force* et une stratégie territoriale afin de couvrir chaque zone blanche par une CPTS (lettre d'intention ou extension de territoire). Elles réuniront les acteurs clés du territoire, tels que les URPS, MSP et centres de santé, la FCPTS et les fédérations régionales des MSP, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les coordinateurs de contrat local de santé (CLS), sans oublier les établissements sanitaires et médico-sociaux mais aussi les élus. »

Encadré n°5 – Phase initiale du déploiement des CPTS



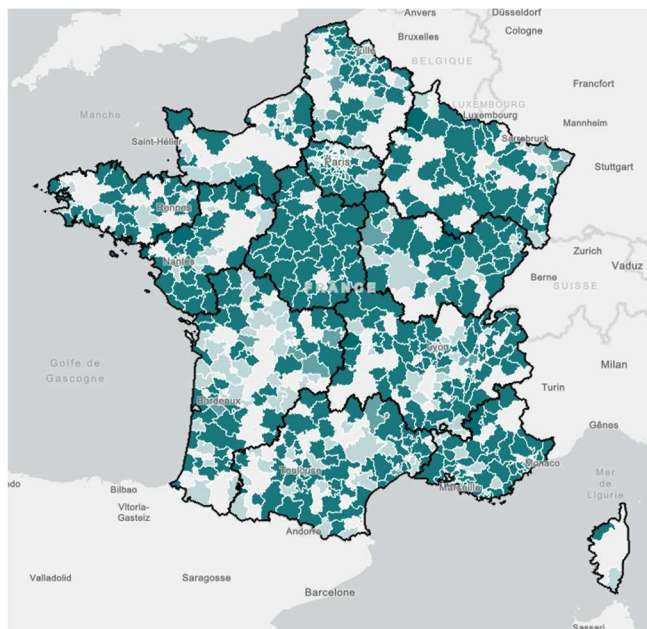
Source : commission paritaire nationale des CPTS du 1er juin 2023

Si on laisse de côté la période 2016-2019, au cours de laquelle très peu de CPTS ont vu le jour, en absence de financement encadré, la phase initiale de déploiement des CPTS s'étale de juin 2019 (signature de l'ACI CPTS) à janvier 2023 (annonce du plan 100% CPTS).

La carte ci-contre, est une capture de l'outil « Atlas des CPTS » mis en ligne par la DGOS, suivant leur déploiement. Elle permet de constater que celui-ci est très hétérogène entre les régions. En janvier 2024 (dernière version disponible au 31/07/2025), les taux de couverture, mesurés en part de la population couverte, varient, sur le territoire hexagonal, entre 46,6% (Normandie) et 97,9% (Centre-Val de Loire).

A ces CPTS ayant signé leur contrat ACI (vert foncé), il faut ajouter celles ayant signé leur lettre d'intention (vert clair) et celles ayant signé leur projet de santé (vert intermédiaire).

En les cumulant, on constate qu'au niveau national, 85% de la population habite dans une commune couverte par une CPTS en fonctionnement ou en cours de création.



Source : DGOS

<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/6095444b6c8844b1b2ad9ecbb571a631> [Version du 31/07/2025]

Maires et médecins, titulaires de « mandats »

Il me semble que cette stratégie « d'injonction à la spontanéité » n'est pas née avec les CPTS, et je propose de faire ici le parallèle avec le déploiement des intercommunalités, à l'œuvre depuis le début des années 1990, et qui comporte, à mon sens, une certaine similarité avec celui des CPTS.

Le très grand nombre de communes, plus de 36 000 dans les années 1990, constitue une spécificité française, reconnue de longue date comme un facteur de complexité en matière de gestion. La refonte de la carte communale est, comme la structuration des soins de ville, un sujet historique dans le débat politique. Si certaines communes sont fusionnées au cours de ce processus³⁰, les stratégies de coopération sont privilégiées, pour donner naissance aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), plus souvent appelés « intercommunalités ». Concernant la santé, les EPCI sont d'ailleurs l'échelon généralement retenu pour signer avec l'ARS des contrats locaux de santé (cf encadré n°3). Tout comme dans le cas des CPTS, avec les EPCI, l'Etat renonce à l'idée d'imposer aux maires, dont le poids dans la représentation nationale est considérable³¹, un découpage pensé par les administrations. Il leur est demandé de s'associer librement, donnant lieu à des coopérations établies sur la base « d'affinités » et « de considérations économiques » d'après un rapport de la Cour des comptes paru en 2005 :

« Deux démarches s'opposent. Elles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients. La liberté laissée aux élus locaux facilite l'acceptation de l'intercommunalité mais présente le risque de voir naître des coopérations locales établies uniquement sur la base de considérations économiques, d'affinités politiques ou personnelles. Un plus grand volontarisme est le gage d'une meilleure cohérence des périmètres mais l'intégration forcée de communes peut générer des conflits entre des communes contraintes de vivre ensemble alors qu'elles ne le souhaitent pas.

La loi du 12 juillet 1999 tente d'instituer un compromis entre ces deux conceptions. Elle préserve la liberté communale mais fixe des critères de cohérence minimale des périmètres et surtout confie des pouvoirs importants aux préfets. Il a toutefois été montré, dans le chapitre I du présent rapport, que les préfets avaient, dans l'ensemble, peu utilisé les prérogatives qui leur avaient été confiées par la loi. En

³⁰ Le nombre de communes diminue de 4,7% entre 2014 et 2019 (Insee)

³¹ En 2012, avant l'interdiction du cumul des mandats, 82% des député·es occupent des fonctions locales. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/19374-cumul-des-mandats-une-pratique-toujours-en-debat> [version du 31/08/2025]

pratique, ce sont donc les collectivités qui ont le plus souvent décidé librement les périmètres de leurs regroupements. » (Cour des comptes 2005)

L'idée que les territoires des CPTS se sont délimités en grande partie de cette même manière est une des hypothèses de départ de cette thèse.

Cette liberté consentie dans la conception de ces dispositifs aux acteurs de terrains, maires ou médecins, au titre *des spécificités de chaque territoire* qu'ils et elles connaissent le mieux, sont, en réalité, la seule manière pour l'Etat de toucher aux « mandats » détenus par ces groupes professionnels³². La notion de « mandat », issue de la sociologie des professions, est introduite par Everett Hughes dans son ouvrage *Le regard sociologique* (Hughes 1963)³³. Elle vient compléter celle de « licence », qui désigne « l'autorisation légale d'exercer un type d'activité », celle de prescrire par exemple.

« La société, de par sa nature même, permet à certaines personnes, et attend d'elles, des actions qui ne sont ni permises aux autres ni attendues des autres. Tous les métiers — surtout ceux qui sont considérés comme des professions établies, ainsi peut-être que ceux qui relèvent du milieu — impliquent la licence de s'écarter des comportements ordinaires. Les professions établies, plus encore peut-être que tout autre type de métier, revendiquent un mandat légal, moral et intellectuel. Non seulement leurs membres, parce qu'ils sont entrés dans le cercle magique des collègues, ont individuellement licence de faire ce que d'autres ne font pas, mais, en tant que groupe, ils prétendent indiquer à la société ce qui, dans tel domaine de l'existence, est bon et juste pour l'individu et pour la société. En fait, ils définissent les catégories dans lesquelles ce domaine peut être pensé. Par exemple, les médecins ne se contentent pas de définir les termes de la pratique médicale, ils cherchent également à définir pour tous la nature même de la santé et de la maladie. Quand la prétention d'un groupe à disposer d'un mandat d'une telle ampleur est reconnue comme légitime, explicitement ou implicitement, on peut considérer qu'une profession s'est établie. »

Dans cette thèse, je considère le « mandat » détenu par les médecins libéraux-ales sur l'organisation des soins de ville. Cela ne signifie pas que les médecins exercent directement

³² Maire n'est pas une profession à proprement parler et le concept de « mandat » ne leur est donc pas entièrement applicable. Cependant, il me semble opérant concernant le regroupement des communes en intercommunalités qui n'a pu leur être imposé.

³³ Je cite d'après la traduction française de *Le regard sociologique. Essais choisis*, textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie (Paris : Éditions de l'EHESS, 1997).

des fonctions d'administration et de pilotage de l'offre de soins de ville, mais qu'il est impossible pour l'Etat d'y toucher sans leur accord, comme le montre le rapide abandon du service public territorial de santé.

Un des objets de ce travail sera de déterminer si la création des CPTS, en confiant à une communauté de professionnel·les de santé une responsabilité populationnelle, contribue à redéfinir les termes du mandat détenu jusque-là par le seul groupe professionnel des médecins.

La CPTS comme outil de responsabilité populationnelle

La charte de la médecine libérale de 1927, dont la majorité des syndicats de médecins libéraux·ales se revendiquent encore aujourd'hui, réclamait notamment le « contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat » (Hassenteufel 2008). Avec les CPTS, il est question d'une entité pluriprofessionnelle unique responsable de la prise en charge des usagers³⁴ vivant sur le territoire qu'elle a délimité et contractualisant avec la caisse les modalités de cette prise en charge. Entre ces deux extrêmes, plusieurs réformes constituent les étapes de ce processus non linéaire menant vers la responsabilité populationnelle en donnant une place croissante à l'Assurance maladie.

Parmi ces étapes qui mettent progressivement à distance le modèle libéral de la charte de 1927, il me semble important de citer notamment la mise en place d'une convention signée avec les médecins libéraux·ales puis progressivement les autres professions, l'apparition de tarifs conventionnés, la différenciation des secteurs 1 et 2, l'apparition de références médicales opposables (loi Teulade, 1993), la création du parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant (dont le respect conditionne le remboursement à taux maximal des assuré·es), la mise en place d'aides à l'installation des médecins en territoires sous-dotés, la mise en place du tiers payant et, pour finir, la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp).

Cette dernière réforme instaure en 2011 une rémunération complémentaire (sans que les tarifs des consultations ne soient revus à la baisse) au paiement à l'acte, calculée en fonction de l'atteinte d'objectifs prévus par la convention médicale.

Sa mise en place marque un tournant dans la place prise par l'Assurance maladie dans les pratiques médicales. Avec l'introduction d'une rémunération à la performance portant sur des indicateurs de santé et de pertinence des soins, l'idée que les médecins doivent « rendre des comptes » se développe. Leur responsabilité individuelle vis-à-vis de leur patientèle est engagée et les bonnes pratiques sont discutées collectivement lors des

³⁴ Dans l'ensemble du manuscrit, « les usagers » se réfère aux usagers du système de santé.

négociations conventionnelles. Avec les CPTS, c'est un nouveau modèle qui est introduit puisqu'une forme de paiement à la performance est allouée cette fois à un collectif pluriprofessionnel qui devient ainsi porteur d'une responsabilité populationnelle.

Cette transition est abordée par le président de la République dans un discours du 6 janvier 2023 à l'occasion des vœux aux acteurs de la santé où la question du déploiement des CPTS occupe une place centrale. Il y évoque « des médecins (...) qui se sentent responsables, en quelque sorte, d'une population à l'échelle d'un territoire et qui ne veulent pas se limiter à leur patientèle » (Macron 2023).

Cette transition nécessite de « faire changer une culture professionnelle » (cf. extrait introductif) libérale d'exercice isolé, dont le président de la République veut qu'il « devienne progressivement marginal, devienne l'aberration et puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022. » (Macron 2018)

L'objectif n'est pas seulement d'arrimer la médecine libérale à l'Etat, comme évoqué plus haut, mais d'arrimer l'ensemble des *libéraux*, et plus largement des acteurs de santé de la ville³⁵ à partir de la médecine libérale. Ce processus se fait via la mise en place d'un dispositif unique qui devient l'interlocuteur identifiable par les administrations et les usagers et avec lequel l'Etat partage la responsabilité des défaillances du système.

« On a besoin que, quand on habite dans un endroit, on puisse avoir quelqu'un en référence. » (Macron 2023)

Ce dispositif devrait être capable de s'attaquer à l'ensemble des grandes problématiques des soins de ville : évolution des pratiques vers un exercice pluriprofessionnel, mise en place de parcours de soins coordonnés, développement du lien ville-hôpital, intégration du social et du médico-social, articulation avec les acteurs extra-sanitaires (élu-es, administrations, etc.), amélioration de l'attractivité des zones sous-dotées... Suite au Covid, une mission de « Réponse face aux crises sanitaires » a même été instaurée.

Aucun cadre n'est fixé concernant la gouvernance des CPTS et on peut supposer qu'il existe autant de modèles que de communautés. Toutefois, la place prépondérante des *libéraux* semble en être le dénominateur commun, c'est pourquoi j'ai choisi dans cette thèse de les placer au centre.

Les CPTS sont abordées par le prisme du jeu d'acteurs, ce qui m'amène à privilégier à la notion de territoire celle de territorialisation. En effet, l'enjeu d'une appropriation du territoire par ces « réseaux » ou « coalitions »³⁶ (Macron 2023), censée se faire à la demande

³⁵ Art. L1434-12 du CSP : La CPTS est composée « de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours(..) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux »

³⁶ Les termes « coalition de santé », « coalitions d'acteurs de territoires », « coalitions de terrain » sont successivement employés dans le discours.

de l'Etat, semble primer sur la mise au point de critères de cohérence des délimitations. La compréhension de la façon dont se constituent ces groupes, essentielle à l'analyse des processus de création et de délimitation des CPTS, est l'un des objets de cette thèse.

Je chercherai également à étudier dans quelle mesure cette appropriation par les collectifs nouvellement formés rapproche les professionnel·les qui les composent des *tutelles* mais également des autres acteurs potentiellement impliqués dans les processus de création des CPTS que je tâcherai d'identifier dans un premier temps. Pour ce faire, je propose d'analyser les CPTS et leur processus de création comme un « objet-frontière ».

La CPTS comme « objet-frontière »

J'ai évoqué plus haut la volonté des *tutelles*, avec le déploiement des CPTS, « d'arrimer » (Schweyer 2024) les soins de ville au reste du système de santé à partir de la médecine libérale. Cependant, cette idée suggère un mouvement se faisant dans un seul sens. Or, j'émet l'hypothèse que le processus de création et de délimitation des CPTS implique un rapprochement entre *tutelles* et *libéraux* au cours duquel chacun effectue un travail de traduction (Akrich, Callon, et Latour 2006).

Un « objet-frontière », concept introduit en 1989 par les sociologues Star et Griesemer, est un « objet aux limites abstraites ou concrètes, suffisamment souple pour s'adapter aux besoins locaux et suffisamment robuste pour maintenir une identité commune à travers les mondes » (Star et Griesemer 1989)

Le choix de ne pas définir plus précisément des règles encadrant la création des CPTS permet aux *tutelles* et *libéraux*, qui appartiennent à des mondes sociaux éloignés, de collaborer. Cela se fait par « un arrangement qui permet à différents groupes de travailler ensemble sans consensus préalable » (Star 2010). Le rejet par les *libéraux* de l'idée d'un service public territorial de santé montre la difficulté d'établir un tel consensus. La mise au point d'un dispositif aussi souple, derrière lequel chaque acteur est libre de mettre des représentations différentes sans remettre en cause l'existence même de la collaboration, justifie à mon sens d'analyser le déploiement des CPTS à travers le prisme de « l'objet-frontière ». Le processus étudié laisse en effet une grande marge de manœuvre aux porteurs-euses de projet, dont la délimitation du territoire est une étape-clé.

J'analyserai dans cette thèse ce que la façon dont certains *libéraux* investissent cette délimitation des CPTS dit de l'évolution des relations de pouvoir qu'ils entretiennent avec les *tutelles*, et *vice versa*.

Je m'intéresserai également à l'évolution de la perception des *libéraux* de leur rôle social au cours de ce processus. Pour étudier ces questions, je chercherai dans un premier temps à identifier les motivations qui les poussent à s'impliquer ou non dans la création des CPTS, ainsi que la place d'éventuels autres acteurs.

Méthodes

Ce travail de thèse repose sur une enquête qualitative menée entre novembre 2023 et octobre 2024 au cours d'un stage effectué au sein l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) dans le cadre de mon internat de santé publique.

Le point de départ de mon intérêt pour cette question est ma surprise lorsque je constate qu'un tel maillage a été confié à des acteurs de terrain. A l'été 2023, alors en stage à la DGOS, lorsque je consulte l'Atlas des CPTS³⁷, je remarque que leurs tailles sont très hétérogènes, que la population couverte aussi, qu'elles ont parfois des formes originales, que certaines sont à cheval sur plusieurs départements, voire régions... Je me demande donc comment les porteurs-euses font pour décider d'inclure telle ou telle commune et dans quelle mesure ces décisions leur appartiennent librement. Si elles font l'objet de réflexions, si des outils sont mobilisés. Les *tutelles* exercent-elles des contraintes sur les porteurs-euses de CPTS ? Ont-elles des schémas d'un maillage idéal pour leur département ou région ? Je me demande également quelle est l'influence de la précocité de démarche de création de la CPTS, quelles sont les différences de ce processus entre milieu rural et urbain, quel est l'impact de l'effet de seuil de l'ACI dont j'entends souvent parler (voir p. 112). Les *libéraux* sont systématiquement mentionnés, mais quelle place occupent les autres professionnel·les de santé dans ces processus ? Les hôpitaux ? Les usagers ?

Tout cela me paraît important à comprendre car j'ai l'impression que ces communautés vont progressivement être amenées à jouer un rôle essentiel dans notre système de santé, et je ne peux m'empêcher de me dire qu'un découpage initial « mal » fait ou « trop rapide » aura des conséquences sur leur fonctionnement ultérieur. J'essaie toutefois de me garder d'émettre un jugement sur ces processus et dois régulièrement prendre un certain recul. Cette question de l'impact des délimitations initiales sur l'avenir me semble intrinsèquement liée à celle de la plasticité des CPTS une fois leur création terminée. Dans quelle mesure ce maillage initial pourra-t-il être rediscuté ?

Mon idée préconçue sur le sujet, qui est l'hypothèse de départ de ce travail, est que les *libéraux* sont très libres dans ces démarches et que les territoires qu'ils et elles délimitent sont avant tout des « territoires d'affinités », incluant les communes de professionnel·les dont ils se sentent proches. Toutefois, ça ne me semble pas pouvoir expliquer entièrement

³⁷ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/l-atlas-des-cpts> [version du 25/06/25]

les délimitations, notamment car les *libéraux* n'ont pas nécessairement de liens étroits entre eux, et ce d'autant que la distance augmente (certaines CPTS sont étendues sur plus de cent communes).

Ma démarche est donc déductive dans un premier temps, au cours d'une phase exploratoire, partant de cette hypothèse que je cherche en même temps à vérifier et à compléter. Dans un deuxième temps, inductif, je cherche à classer les dynamiques ayant influencé la délimitation de chacune des CPTS enquêtées. Il s'agit d'une typologie des dynamiques plutôt que d'une typologie des CPTS, initialement envisagée mais rapidement abandonnée devant leur hétérogénéité.

La phase exploratoire

Je qualifie d'exploratoire la première phase de ce travail car un conséquent travail d'appropriation est nécessaire pour m'approprier les références des enquêté-es rencontré-es. Je commence par une étape de recherche bibliographique dans laquelle je suis guidé par mes co-directrices de thèse. Je commence par me familiariser avec les soins primaires notamment grâce à l'ouvrage « Les soins primaires en question(s) » (Bourgueil, Ramond-Roquin, et Schweyer 2021), ce qui me permet de situer l'arrivée des CPTS dans un contexte historique marqué par le récent développement des exercices coordonnés. Je m'intéresse ensuite aux recherches portant sur la planification sanitaire et plus généralement sur la territorialisation de l'action publique, ce qui m'oriente vers le concept de « gouvernement à distance » (Epstein 2006) évoqué en introduction. Il mobilise la notion de *new public management* et le recours croissant à la contractualisation entre l'Etat et des entités territoriales naissantes.

Concernant les CPTS, pour lesquelles peu de littérature scientifique est disponible, je concentre mes lectures sur les textes normatifs, guides et rapports, ce qui me permet par la même occasion de remonter le cours des récentes réformes de santé.

En parallèle de ces lectures, je commence à rechercher des terrains d'enquête pour rendre plus concrètes ces lectures techniques.

Ma posture hybride est facilitante au cours de cette étape. Perçu comme un administratif dans les administrations et comme un professionnel de santé dans les CPTS, je peux accéder à des discours directs et francs d'enquêté-es appartenant pourtant à deux mondes qui se méfient habituellement l'un de l'autre.

Au cours de cette phase exploratoire, je souhaite rencontrer des agent-es d'administrations centrales en mesure de m'aider à décrypter la stratégie politique à l'œuvre (ce qui est facilité par mon passage préalable à la DGOS), ainsi que des porteurs-euses de CPTS.

Je contacte pour commencer des porteurs-euses rencontrés dans le cadre de mes activités syndicales ou encore des membres de CPTS se trouvant à proximité de lieux de vacances. Mon idée avec ces premiers entretiens est d'établir une typologie des CPTS qui me permettra ensuite de cibler précisément des terrains et d'obtenir un échantillon plus représentatif. Mais je me rends progressivement compte que cet objectif semble inatteignable. En effet, la liste des critères de sélection des CPTS paraît infinie : leur taille, leur caractère rural ou urbain, la densité de l'offre de soins existante, la présence d'un hôpital, la précocité de la démarche, la place d'éventuelles MSP dans le processus de création...

Je demande aux premier-es enquêté-es quelle serait leur typologie des CPTS et constate la peine avec laquelle ils et elles répondent. Celles et ceux qui y parviennent proposent à chaque fois une typologie différente et je me résous rapidement à abandonner cette voie. Toutefois, cette phase me permet de lister les critères de discrimination des CPTS qui reviennent souvent dans les entretiens (« l'effet de seuil », « le niveau « d'ingérence » des *tutelles* locales ou d'une URPS »), ceux qui reviennent plus souvent dans les discours que dans les entretiens (« les CPTS sont la continuité de l'exercice en MSP »), ou encore ceux qui me semblent rapidement déterminants en comparant mes premiers terrains d'enquête (« la précocité de la démarche »).

A l'issue de cette phase j'établis une liste de critères de sélection sur lesquels je souhaite faire varier mes terrains d'enquête ultérieurs, que je trouverai par diverses opportunités et grâce à la mise en relation par les enquêté-es déjà rencontrés.

Les critères retenus sont les suivants :

- Porteurs-euses « issu-es de l'exercice coordonné »
- Niveau d'implication des *tutelles* locales et Unions régionales des professionnels de santé (URPS)
- Distance des métropoles
- Densité de l'offre de soins primaires
- Influence de l'effet de seuil de l'ACI
- Profession du président ou de la présidente de la CPTS
- CPTS sur plusieurs départements / régions
- Précocité de l'initiative

La phase de structuration

J'identifie au total quatre CPTS situées dans quatre régions différentes, sur lesquelles j'effectue un travail d'enquête plus approfondi. Leurs caractéristiques principales sont résumées dans le tableau n°1 ci-dessous. Autour des CPTS identifiées, je cherche à rencontrer, en plus des porteurs-euses, d'autres acteurs, en premier lieu les autres signataires du contrat ACI (ARS, CPAM), mais également ceux qui ont joué un rôle d'accompagnement (URPS, bureaux d'étude). Afin de faire varier les terrains sur des critères trop homogènes parmi les 4 CPTS principales (par ex. : absence de CPTS de tailles 1-2), je complète mon enquête avec des entretiens menés dans d'autres CPTS (13 au total). Je m'intéresse également au rôle et au point de vue d'acteurs vers lesquels je suis orienté par les enquêté-es signataires du contrat ACI, ou dont j'imagine qu'ils pourraient jouer un rôle au cours des processus de création des CPTS, ce que je souhaite vérifier. Ils sont principalement situés autour des CPTS enquêtées, il s'agit d'élu-es, d'hôpitaux, de dispositifs d'appuis à la coordination (Dac).

	CPTS du Val d'Isambre	CPTS Sud Clarens	CPTS Côtes des vents	CPTS Croissant de lune
Caractéristiques du territoire	Urbain dense, métropole	Littoral urbain touristique, arrière-pays rural	Littoral urbain touristique, arrière-pays rural	Prédominance rurale, polarisation forte autour de la ville-centre
Signature contrat ACI	2022	2020	2021	2022
Nombre de communes	< 5	5-10	30-40	100-120
Population couverte (k habitant-es)	170-190	80-100	150-170	170-190
Taille de CPTS (ACI)	4	3	3	4
Porteurs-euses exerçant en MSP	Oui	Non	Non	Non
Influence importante d'un acteur extérieur	ARS	Non	Non	URPS
Autres caractéristiques	Commune divisée en deux (conflit)	Absence d'hôpital	Territoire délimité en deux fois	Etendue (env. 100km de grand axe)

Je réalise au total 45 entretiens d'une durée moyenne de 69 minutes avec 48 enquêté-es différent-es. J'ai l'opportunité de les rencontrer dans 40% des cas, les autres entretiens sont réalisés par visioconférence ou téléphone. Je les réalise seul en dehors des entretiens n°11 et 33 qui sont menés avec Cécile Fournier.

42% des enquêté·es sont des professionnel·les de santé et 35% des agent·es d'administration. Sauf mention contraire, les professionnel·les de santé cité·es sont élu·es d'une CPTS, au sein du bureau, généralement, et au sein du conseil d'administration sinon. L'échantillon comprend 56% de femmes, avec un taux variant de 45% chez les professionnel·les de santé à 75% chez les consultant·es en santé. L'ensemble des entretiens est résumé dans le tableau ci-dessous.

Ent. n°	Nom, âge	Fonction	Lieu	Durée (min)
1	Hugues P, 35-40 ans	Agent d'administrtrtion locale, ARS	Visioconférence	42
2	Serge B, 65-70 ans	Médecin en exercice libéral, élu URPS	Salle d'attente du cabinet médical, sert aux réunions	110
	Thomas F, 40-45 ans	Pharmacien d'officine, élu ordinal		
3	Eric N, 50-55 ans	MK en exercice libéral	Cabinet médical, salle de consultation	67
	Patrick T, 55-60 ans	Médecin en exercice libéral		
4	Stéphane M, 45-50 ans	MK en exercice libéral	Cabinet	67
5	Hugues P, 35-40 ans	Agent d'administration locale, ARS	Visioconférence	50
6	Corinne C, 50-55 ans	Médecin en exercice libéral	Visioconférence	55
7	Audrey E, 35-40 ans	Agente d'administration centrale, DGOS	Bureau	100
8	Christine G, 45-50 ans	Agente d'administration locale, ARS	Visioconférence	59
9	Nathalie JS, 45-50 ans	Médecin en exercice libéral, représentante "Médecins pour demain" (non membre de CPTS)	Visioconférence	60
10	Philippe A, 60-65 ans	Agent d'administration locale, CPAM	Salle de réunion	115
11	Julien P, 50-55 ans	Médecin en exercice libéral, élu FCPTS	Locaux du SIHP	142
12	Sandrine A, 45-50 ans	Agente d'administration centrale, Cnam	Visioconférence	108
	Christelle R, 45-50 ans	Agente d'administration centrale, Cnam	Visioconférence	
13	Jean M, 60-65 ans	Agent d'administration centrale, Cnam	Bureau	35
14	Sophie G, 50-55 ans	Agente d'administration centrale, Cnam	Bureau	145
15	Guillaume P, 40-45 ans	Agent d'administration centrale, DGOS	Visioconférence	58
16	Laure V, 40-45 ans	Directrice de CPTS, formation de travailleuse sociale	Visioconférence	51
17	Delphine M, 35-40 ans	Cheffe de projet, URPS-ML, formation en sciences politiques et sociologie	Téléphone	40
18	Dominique F, 70-75 ans	Médecin en exercice libéral, élu URPS	Visioconférence	67
19	Philippine V, 40-45 ans	Agente d'administration centrale, CCMSA	Visioconférence	55
20	Sébastien B, 45-50 ans	Médecin en exercice libéral, mandat syndical national	Cabinet	58
21	Laurence F, 55-60 ans	Pharmacienne d'officine, élue URPS	Pharmacie	48
22	Laure V, 40-45 ans	Salariée d'une CPTS, formation de travailleuse sociale	Locaux de la CPTS	111
	Cécile R, 40-45 ans	Médecin en exercice mixte, membre de CPTS		
23	Marie N, 65-70 ans	Infirmière en exercice libéral, membre de CPTS	Dans un café	65
24	Sylvie B, 50-55 ans	Cheffe de projet en EPCI	Locaux de l'EPCI	79
25	Suzanne T, 45-50 ans	Infirmière en exercice libéral, membre de CPTS	A son domicile	76
26	Diane V, 45-50 ans	Agente d'administration locale, CPAM	Réfectoire de la CPAM	48
	Claire P, 45-50 ans	Agente d'administration locale, CPAM		
27	Nicolas S, 60-65 ans	Directeur d'hôpital	Dans son bureau	60
28	Thomas J, 35-40 ans	Coordinateur de CPTS	Visioconférence	64
29	Jean-Marc F, 65-70 ns	Médecin en exercice libéral, membre de CPTS, représentant syndical	Visioconférence	66
30	Clarisse E, 30-35 ans	Coordinatrice de CPTS, formation d'infirmière	Visioconférence	30
31	Luc G, 40-45 ans	Président de Dac, président de CTS	Visioconférence	64
32	Michel G, 55-60 ans	Médecin en exercice libéral	Visioconférence	57
33	Agnès M, 60-65 ans	Médecin en exercice libéral, élue d'une société savante	Visioconférence	119
34	Catherine V, 55-60 ans	Médecin en exercice libéral, représentante syndicale nationale	Siège du syndicat	77
35	Christophe S, 50-55 ans	Médecin en exercice libéral, élu URPS, mandat syndical national	Visioconférence	75
	Séverine S, 55-60 ans	Chargée de mission, URPS-ML	Visioconférence	
36	Elodie L, 35-40 ans	Coordinatrice de CPTS, formation d'infirmière	Visioconférence	76
37	Virginie F, 40-45 ans	Consultante en santé, formation en sciences politiques et sociologie	Visioconférence	69
38	Estelle J, 50-55 ans	Consultante en santé, formation de géographe	Visioconférence	69
39	Valérie R, 50-55 ans	Consultante en santé, formation en sociologie	Visioconférence	97
40	Eric N, 50-55 ans	Pharmacien d'officine	Visioconférence	23
41	Amélie L, 35-40 ans	Agente d'administration locale, ARS	Visioconférence	73
42	Morgan R, 40-45 ans	Agent d'administration locale, ARS	Visioconférence	56
43	Gilles D, 60-65 ans	Consultant en santé, formation de médecin	Salle de réunion	49
44	Lise H, 35-40 ans	Agente d'administration locale, ARS	Visioconférence	38
45	Isabelle L, 40-45 ans	Statisticienne, ORS	Visioconférence	34

Les entretiens réalisés avec des porteurs-euses de CPTS sont débutés par la réalisation d'une carte mentale qui sert de support à la suite de l'échange. La méthode est détaillée page 39.

Pour des raisons de confidentialité, le nom des enquêté-es est modifié lorsque des *verbatim*s issus de nos entretiens sont mobilisés. Pour renforcer cet anonymat, je choisis également de ne pas indiquer l'intitulé des postes concernant les agent-es d'administration et de ne pas préciser si les fonctions occupées le sont toujours au moment de l'entretien. Les noms des communes ont également été modifiés en ayant recours au site <https://souk21.github.io/villegen/> [version du 07/08/2025] qui génère des noms de localités inexistantes à consonnance française.

Le tableau ci-dessus répertorie l'ensemble des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude. Tous sont enregistrés avec l'accord des répondant-es. Les temps d'entretien indiqués correspondent aux durées des enregistrements. Je retranscris ensuite 42 des 48 entretiens en m'aidant du logiciel *open source* Whisper. Les 6 autres entretiens sont retranscrits par une prestataire travaillant avec l'Irdes.

En plus des entretiens, je participe, pour une des CPTS enquêtées, à deux réunions organisées avec ses partenaires départementaux : un comité de suivi de l'offre de soins primaires organisé à la CPAM³⁸ (« comité de veille et d'accès aux soins »), et une session du conseil territorial de santé (cf. introduction). Cela me permet de mieux cerner l'écosystème des CPTS à cet échelon. Je participe également aux éditions 2023 et 2024 des « Journées nationales des CPTS » organisées par la Fédération nationale des CPTS (FCPTS), où je peux m'imprégner des problématiques des membres de CPTS, auxquels viennent s'adresser des représentant-es des pouvoirs publics, notamment Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée en charge de l'Organisation territoriale et des Professionnels de santé (MOTPS), en 2023, et Thomas Fatôme, directeur général de la Cnam, en 2024. Elles constituent ainsi de rares occasions de saisir le discours officiel entourant le déploiement des CPTS.

Pour finir, mon enquête comporte également l'étude d'un certain nombre de documents : projet de santé de CPTS, échanges de mails au sein des équipes de CPTS et avec les interlocuteurs au sein des *tutelles*, étude de cartes, etc.

³⁸ Y participent notamment des représentant-es : de la CPAM, de l'ARS, du Conseil départemental, des CPTS, de plusieurs URPS, du Conseil départemental de l'ordre de médecins et du Sas.

A partir de ces données collectées très diverses, il me faut ensuite trouver une façon d'harmoniser leur analyse pour en tirer des informations claires.

Si chaque CPTS que j'observe a délimité son territoire d'une manière très différente, je regroupe progressivement les différentes dynamiques ayant joué un rôle dans ce processus, de manière à pouvoir formaliser plus précisément mes ressentis (« Cette CPTS voulait absolument rester en taille 4 donc ils ont dû grapiller des communes à droite, à gauche, peu importe lesquelles » ; « Ici c'était vite vu, ils ont calqué les limites de l'*interco*' ».) Je constitue initialement une liste de 6 catégories de dynamiques avec l'idée de rattacher chaque CPTS enquêtée à l'une d'entre-elles. Je me rends compte, cependant, que cette approche est trop simplificatrice. En y regardant de plus près, je retrouve chaque fois la présence d'éléments issus d'autres dynamiques dans des proportions différentes. Cette idée devient progressivement centrale dans ma manière de concevoir et structurer les résultats de cette enquête. En cours de route, les six catégories deviennent cinq, puis quatre, et me permettent de proposer une représentation graphique illustrant les processus de délimitation de chaque CPTS enquêtée.

La phase immersive

Pour finir, en complément de cette collecte de données, j'adopte une position d'observation participante au cours d'une phase de cette étude que je qualifierai d'immersive, jouant moi-même un rôle dans l'accompagnement des CPTS. En effet, à partir de décembre 2024, je suis en poste au sein de la CPAM de l'Isère, comme interne de santé publique d'abord, puis comme chargé de mission, au sein du service « Gestion du risque ». Une de mes missions principales consiste à co-construire avec plusieurs CPTS du département des projets visant à améliorer la pertinence de la prise en charge médicamenteuse des patient·es polymédiqué·es. Dans ce contexte, je suis amené à entretenir des liens réguliers avec des membres élus et salariés des CPTS et à participer activement à leurs dialogues de gestion annuels.

Cette expérience me permet de confronter les constats effectués au cours de l'année passée à l'Irdes à ce que j'observe depuis l'intérieur de cet écosystème. Cela me permet tout d'abord de prendre un certain recul, de vérifier le caractère opérant du modèle issu de cette étude sur les CPTS iséroises. Ensuite, plongé au cœur des relations entre *tutelles* et *libéraux*, je peux prendre la mesure de leurs enjeux, des rapprochements et tensions impliqués par le déploiement des CPTS.

Résultats

Question(s) de recherche et structuration des résultats

Pour analyser ce que l'investissement des porteurs-euses dans la délimitation de leur CPTS révèle de la transformation de leurs relations avec les tutelles, j'ai structuré les résultats de la manière suivante, reprenant la chronologie des phases méthodologiques évoquées plus haut.

Dans une première partie, je chercherai à identifier et caractériser celles et ceux qui pensent les territoires des CPTS, en centrant mon regard sur les signataires du contrat ACI et notamment les *libéraux*, placés au cœur du dispositif. Cela me permettra de mettre en lumière les motivations et conceptions des acteurs impliqués dans les processus de délimitation, mais aussi les raisons pour lesquelles d'autres restent à l'écart et les implications de cette absence sur la manière dont le territoire des CPTS est pensé.

Dans une deuxième partie, j'analyserai la façon dont les parties prenantes de ce processus l'investissent, en proposant une modélisation des dynamiques de délimitation à l'œuvre. Cela permettra d'éclairer les implications sur leur conception de leur rôle social.

Afin d'explorer le caractère continu des processus de territorialisation à l'œuvre avec le déploiement des CPTS, j'analyserai également dans cette partie la façon dont il se prolonge ou non au-delà de la signature de l'ACI.

Partie 1. Qui pense les territoires des CPTS ?

Le territoire des CPTS est-il pensé ?

Avant d'identifier et caractériser celles et ceux qui pensent le territoire des CPTS, je commence par me demander s'il est pensé par quelqu'un. Ou, du moins, si sa dimension spatiale l'est.

Ce questionnement est issu du premier constat que je fais au cours des entretiens de la phase exploratoire. Ma question de recherche surprend les enquêté-es, aussi bien les professionnel-le-s de santé que les agent-es d'administration.

« Mais du coup vous arrivez à un moment où c'est quasiment fini, parce qu'il reste 12% à couvrir (...) C'est curieux, je trouve, de faire ça quand c'est fini. »

Entretien, Sophie G, Cnam

On voit ici que la question du territoire est vue par Sophie G à travers le prisme de la couverture. Cette phase initiale étant en train de se terminer, il n'y a pas de raison de s'y intéresser et de la questionner, et encore moins pour interroger l'aspect qualitatif de cette couverture.

Chez Serge B, médecin généraliste et co-président de sa CPTS, le ton est plus direct.

« Après, comment on a découpé telle rue ou pas telle rue, ça, c'est des salades qui ont pas de gros gros intérêt. »

Même si cette réponse volontairement provocatrice participe d'une posture, liée notamment au fait qu'il me voit, moi, interne en médecine, comme une sorte d'impétrant, elle a le mérite de dire tout haut ce que les autres enquêté-es semblent penser tout bas. Pourquoi chercher à savoir comment « on a découpé telle rue ou pas telle rue » ?

Toutefois, je décline la proposition de Serge B de réorienter mon travail vers une approche qui intéresserait plus les enquêté-es. Et, après cette phase initiale d'étonnement, les entretiens continuent de se ressembler.

Dans les administrations, je suis renvoyé vers les porteurs-euses. Les CPTS et la délimitation de leur territoire sont à *leur main* (cette formulation revient sans cesse). Ce n'est « pas le sujet » des *tutelles*, comme me l'explique Audrey E, qui travaille à la DGOS.

« (...) la réglementation, elle ne peut pas être plus libertaire, puisque c'est "Débrouillez-vous pour définir votre territoire." Il n'y a aucune limite... réglementaire. Ça ne peut pas être trop petit, ça ne peut pas être trop grand (...) Zéro doctrine. Non, à ce niveau-là, c'est pas notre sujet. »

Une « réglementation libertaire » me semble paradoxale mais adaptée à la situation. Ce discours est une manière claire de me dire : « Allez poser votre question aux professionnels de santé, ce sont les seuls en mesure de vous apporter des éléments. » C'est donc ce que je fais.

Je me retrouve alors confronté à des réponses redondantes. Si elles apparaissent très séduisantes à première vue, elles semblent composées d'éléments de langage que les enquêté-es auraient intégrés comme la réponse « juste » à la question, celle à apporter à quelqu'un qui se présente à elles et eux comme un chercheur.

Un exemple particulièrement stéréotypé est la réponse que me fait Christophe S, médecin généraliste, vice-président de sa CPTS, élu URPS et membre du bureau national de son syndicat.

« En fait la question que se sont posée les professionnels, quelque chose de très basique, c'est « On a une population qu'on soigne, donc... Qui sommes-nous, nous, les soignants sur le territoire ? Sur quel territoire on est, et qui est la population qu'on soigne, et est-ce que cette offre de soins *matche* avec la demande de soins ? En fait, la... La réflexion de base, c'est celle-là. Notre offre de soins, elle s'adresse à une population en demande de soins et on essaie de les faire se superposer, et c'est ça qui va déterminer le contour de notre territoire. Les professionnels ont joué très instinctivement là-dessus et, j'allais dire, c'est quelque chose de bon sens. »

A en croire son discours, tous les éléments semblent réunis pour que le dispositif émerge dans un contexte idéal, et sa délimitation serait une tâche aisée. Il suffirait aux « soignants sur le territoire » d'analyser « très instinctivement » leurs pratiques quotidiennes pour les formaliser. Il s'agirait simplement de prendre un peu de recul pour « faire se superposer » la réalité du terrain et le cadre réglementaire du dispositif. A noter que cette réalité du terrain est celle d'une approche centrée sur le soin. Christophe S n'évoque pas les enjeux de coordination ou de prévention pourtant centraux dans le déploiement des CPTS.

Son positionnement explique en partie le côté stéréotypé de sa réponse. En effet, son expérience de représentation syndicale lui donne une culture professionnelle différente de celle des autres *libéraux*, ce qui se ressent dans sa manière de s'exprimer. Je perçois qu'il a parfaitement intégré la réponse « juste » à apporter, qu'il manie bien la langue de bois. On pourrait donc imaginer que sa réponse n'est pas représentative de celle des porteurs-euses rencontrés mais, si les réponses sont rarement aussi stéréotypées, on y retrouve très souvent des éléments de langage du même registre.

Voici un florilège des tournures de phrases les plus fréquemment rencontrées. Il est rare qu'un entretien arrive à son terme sans qu'aucune n'ait été utilisées.

« On a raisonné « en termes de flux de patients », « en termes de patientèle », « en termes de besoins populationnels », « en termes de bassin de vie », « en termes de logique

territoriale », « en termes de logiques professionnelles », « en cohérence avec les habitudes de vie », « en cohérence avec le bassin de vie », « en cohérence avec le local », « en se basant sur les spécificités du territoire », « en partant du territoire », etc. »

Cependant, ces flux de patients, ces besoins populationnels et ces bassins de vie, qui représentent différentes façons d'aborder la question du territoire, ne sont jamais précisément caractérisés. Ils semblent être utilisés avec la conviction que leur seule évocation suffirait à justifier la rigueur de la démarche, qu'ils s'expliquent d'eux-mêmes.

Je réalise rapidement que ce discours stéréotypé risque d'être un obstacle majeur pour accéder aux éléments que je recherche. Dans l'objectif de recentrer les échanges sur des éléments concrets de la délimitation (« Pourquoi telle commune au nord est-elle incluse et telle commune à l'ouest non ? »), je propose aux enquêté-es que je rencontre ensuite de dessiner le contour de leur CPTS au début de notre entretien. Cette approche est inspirée de celle suivie par le géographe Sébastien Fleuret au sujet des territoires de MSP. « Face à la problématique d'une absence de cartographies et de représentations uniformisées » des territoires de MSP par les professionnel·les de santé qui y exercent, il utilise les cartes mentales « pour produire ces représentations et les analyser » (Fleuret 2023). C'est également ce que je recherche à obtenir ici, dans une démarche sensiblement différente car mon objectif principal est de questionner leur représentation de la délimitation de leur CPTS.

Ainsi, j'imprime des fonds de carte sur lesquels sont représentées les limites des communes et départements (seuls les noms des communes de plus de 3 000 habitants sont indiqués). Je choisis une zone nettement plus large que celle de la CPTS et demande aux enquêté-es de la délimiter, afin de servir de point de départ à notre entretien et pouvoir questionner chacune des frontières préalablement matérialisées. Cet exercice met en évidence qu'il est parfois difficile pour les enquêté-es de délimiter précisément leur CPTS, et ce d'autant plus qu'elle couvre des territoires ruraux et un nombre important de communes.

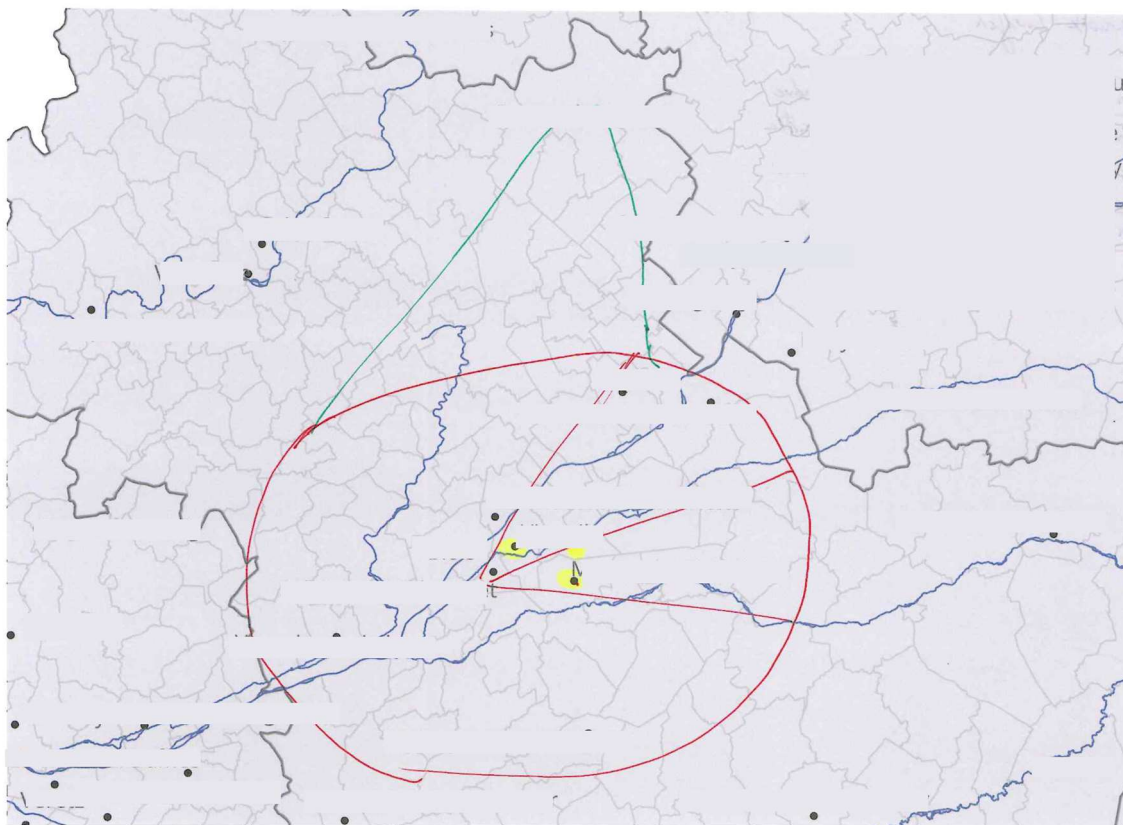


Figure n°1 – Carte mentale de CPTS (Laurence F)

L'exemple présenté ici me semble particulièrement illustratif. Laurence F, pharmacienne qui a participé à la création de sa CPTS et a eu un rôle dans son premier bureau, trace d'abord un cercle qu'elle divise en secteurs représentés par deux croissants disposés autour de son officine. Elle trouve le territoire de sa CPTS trop étendu, sans lien avec ses interactions professionnelles du quotidien. Elle me dit, à propos de cette division en deux secteurs : « Ça correspond à peu près deux secteurs de garde », c'est là où travaillent « les pharmaciens que je connais ». Plus tard au cours de notre entretien, elle se rend compte que le territoire de la CPTS est en réalité nettement plus étendu et rajoute, en vert, la zone située au nord.

Cette confrontation à la carte permet de percer la langue de bois. Dans le cas de Laurence F, cela me permis de comprendre qu'un certain nombre de communes éloignées de la ville-centre de la CPTS où exercent (et vivent) la grande majorité des membres du bureau, avait été inclus pour atteindre la taille supérieure dans les catégories de l'ACI. Commencer les entretiens par cette étape permet ensuite de les orienter et de mettre le doigt sur des éléments qui ne sont pas spontanément mis en avant par les enquêtés.

Avant d'aborder les différentes dynamiques que suivent les équipes porteuses de projet de CPTS pour délimiter leur territoire, il me semble important de s'intéresser de plus près à celles et ceux qui composent ces équipes, ainsi qu'aux autres acteurs qui prennent part à ce processus.

Les signataires

J'ai fait le choix de placer au centre de cette analyse les signataires du contrat, car ce sont elles et eux qui jouent un rôle reconnu dans le processus de création des CPTS, et de partir des porteurs-euses de projet.

Comme je l'ai abordé en introduction, ce dispositif est avant tout à destination des *libéraux* et plus particulièrement des médecins libéraux-ales, comme en témoigne l'objet des missions les mieux rémunérées par l'ACI (accès à un médecin traitant, accès à une offre de soins non programmés). Je m'intéresserai donc en premier lieu à leur place dans ce processus.

Les *libéraux*, seuls légitimes pour délimiter le territoire des CPTS ?

« Comme on nous a toujours dit que la CPTS, c'est fait pour les professionnels de santé et c'est l'affaire des professionnels de santé... Donc, on les a laissés gérer la situation. On était présents quand on nous a demandé d'être présents. »

Entretien, Diane V, CPAM

Diane V, qui travaille en CPAM, retranscrit bien ici ce qui est entendu dans l'ensemble des administrations enquêtées, les *libéraux* sont présentés comme les seuls légitimes pour porter ces projets et en définir les contours, car ce sont eux qui détiennent l'expérience et l'expertise du terrain. C'est même l'élément central du dispositif et il est très important pour les personnes enquêtées dans les administrations locales de ne pas y déroger.

Les *libéraux* mettent eux-aussi en avant cet aspect et revendiquent le monopole de la « vision de santé publique », leur « mandat » dans ce domaine. C'est ce que soulignent les géographes Ferru et Omer dans un article proposant d'analyser les liens entre professionnel·les de santé collaborant au sein des CPTS à travers le prisme de leurs proximités aspatiales, approche que je reprendrai dans la deuxième partie de cette thèse. « Les professionnels disent connaître leur patientèle et savent ce dont ils ont le plus besoin. » (Ferru et Omer 2021)

C'est également ce que me dit Eric N, masseur-kinésithérapeute et président de CPTS.

« (...) Qui mieux qu'un médecin pour pouvoir parler de santé publique dans son lieu d'exercice ? Qui mieux qu'un kiné pour pouvoir parler de prévention, de choses et d'autres ? Donc en matière de santé publique, il faut, à un moment donné... Laisser la parole et les possibilités d'action aux acteurs du territoire. »

Cela ne semble pourtant pas évident lorsqu'on sait la faible part consacrée à l'enseignement de la santé publique dans la formation initiale des professionnel·les de santé. Ce qu'ils et elles semblent dire à travers ce type de discours est que ce sont elles et eux qui sont au contact direct et quotidien des patient·es, qui connaissent leur état de santé, l'impact de ses déterminants, leurs préoccupations et leurs plaintes. En cela, ils et elles se présentent comme plus légitimes que les administrations. Ils et elles ne laissent pas de réelle place aux structures et professionnel·les ayant une expertise dans la coordination, qui semblent exclues du déploiement des CPTS. J'y reviendrai en fin de partie.

La limite entre un accompagnement des administrations utile aux professionnel·les et ce qui serait perçu comme une contrainte est souvent ténue. C'est une ligne de crête sur laquelle les agent·es doivent avancer en risquant de braquer leurs interlocuteurs·rices, les conduisant parfois à choisir de se placer en retrait, face à une posture qui peut prendre des allures de défi.

« De toute façon, c'est nous qui soignons les gens, c'est nous qui organisons les soins, si on n'a pas envie de votre système, on ne le prendra pas ! »

Entretien, Michel E, médecin généraliste, co-président de CPTS

Ce positionnement a des conséquences directes sur les processus de délimitation des CPTS.

« Non mais là, si on refuse ce territoire-là, un, le risque, c'est qu'il y ait jamais personne et que, du coup, ça reste une *zone blanche*. Et, deux, là, on a quelqu'un, et si, pour le coup, on lui refuse cette commune-là, on risque aussi de le braquer et qu'on ait rien du tout sur un énorme territoire. Enfin, c'était un jeu d'équilibre. »

Entretien, Amélie L, ARS

La mise en retrait de la part des agent·es d'administration est demandée par les *libéraux* qui voient une forme d'ingérence dans ce changement de culture visant à réorienter ces métiers vers plus d'accompagnement des professionnels.

« A un moment, la Cnam voulait qu'il y ait des chargés de mission CPTS qui aident les CPTS à se créer. Donc, on leur a dit gentiment (...) : "Non, mais en fait là, vous n'êtes pas en capacité, à la fois en termes de façon de travailler, et puis, à la fois, en termes de personnel." Enfin, je veux dire, on le voit bien, il faut des gens super agiles, c'est... On ne peut pas dire aux professionnels : "On va faire 312 réunions et à la 314ème..." Non, non, non ! (Rires) »

Entretien, Catherine V, médecin généraliste, élue d'un syndicat national

Au travers du ton employé par Catherine V, on note les enjeux de défense des « mandats » qui semblent se jouer derrière ces questions. Selon elle, les CPTS et leur création sont du domaine de compétence des seuls *libéraux*, dont il faut par ailleurs respecter l'organisation du travail.

Les *libéraux* se considèrent et sont considéré·es par les autres acteurs, notamment au sein des administrations, comme les seul·es légitimes pour construire les CPTS et délimiter leur territoire. C'est une condition nécessaire pour les enrôler dans ce processus et éviter qu'ils et elles ne rejettent ce dispositif, un pouvoir qu'ils et elles revendiquent clairement.

Je vais maintenant présenter ces *libéraux* qui choisissent (ou non) de s'investir dans la création de CPTS : leur profession, leur mode d'exercice, et les raisons qui les motivent.

Qui sont les libéraux qui se lancent dans la création de CPTS ?

Dans cette section, je commencerai par présenter la position de « *leader* multi-positionné·e », profil de professionnel·le de santé, souvent médecin, rencontré dans cette enquête. Je m'intéresserai ensuite aux principales motivations qui les incitent à prendre part au déploiement de ce dispositif nouveau : la volonté de (re)donner du sens à leur exercice professionnel, celle de prendre part à un exercice pluriprofessionnel de plus grande échelle que celle de la MSP, et l'investissement défensif de certain·es devant la perspective de modifications profondes de leur exercice.

L'échantillon des 19 *libéraux* ayant été impliqués dans la création d'une CPTS que j'ai rencontré·es comporte : 13 médecins (dont 2 spécialistes et 11 généralistes), soit 68% de l'effectif, 2 infirmières, 2 pharmaciens et 2 masseurs-kinésithérapeutes. Si cet échantillon est trop petit pour en tirer des conclusions générales, il est intéressant de constater que, sans avoir choisi les enquêté·es en fonction de leur profession, l'échantillon

obtenu regroupe les 4 professions présentées dans les entretiens comme les plus impliquées dans les créations de CPTS. Les médecins sont systématiquement désignés comme la profession majoritaire, devant les infirmier·es et les pharmacien·nes, viennent ensuite les masseurs·euses-kinésithérapeutes. Les autres professions de santé semblent plus rarement impliquées dans la création des CPTS.

Des leaders multipositionné·es

« Les porteurs de CPTS, ce sont forcément des notables, ce sont forcément des gens du coin, enfin, des gens qui ont une position sociale et institutionnelle. Ouais, qui connaissent très bien, qui font, soit de la formation continue, ou qui sont syndiqués, soit qui sont à l'ordre, *et cætera*. »

Entretien, Valérie R, consultante en santé, formation de sociologue

En effet, les porteurs·euses rencontré·es sont le plus souvent ce que Valérie R appelle « des notables », et que je qualifie dans cette thèse de « *leaders* multi-positionné·es ». Cette qualification associe deux notions. La première, celle « d'acteurs multipositionnés » (Clerc et Certain 2020; Fournier et Clerc 2021), désigne des professionnel·les de santé aux « engagements multiples et complémentaires » (Fournier et Clerc 2021) : syndicaux (et au sein des URPS), ordinaires, pédagogiques (enseignement et encadrement), d'expertise scientifique (au sein des sociétés savantes), et parfois politiques (au niveau municipal le plus souvent). La deuxième notion, celle de *leader*, est employée par les acteurs pour se référer aux porteurs·euses de CPTS.

Ces porteurs·euses ont effectivement en commun leur implication au-delà du soin. En prenant en compte les mandats syndicaux et ordinaires actuels et passés, l'ensemble des 19 *libéraux* rencontrés sont concernés³⁹.

Ces *leaders*, qui sont le plus souvent des hommes médecins de plus de cinquante ans, tirent ce statut de « notable » d'un certain « ancrage territorial », reconnu par les autres professionnel·les en raison de leurs engagements évoqués plus haut ou de leur implication dans certains dispositifs locaux (permanence des soins, réseaux de santé, MSP). Cet ancrage peut dépasser le champ de la santé, et il est fréquent que ces *leaders* soient identifié·es par la population, notamment lorsqu'ils et elles exercent dans la même

³⁹ En incluant, pour une enquêtée, la participation au mouvement Médecins pour demain, qui n'a pas le statut de syndicat.

commune depuis de longues années, et ce d'autant plus que cette commune est peu peuplée. Certain-es des *leaders* rencontrés exercent ou ont exercé un mandat municipal. Lorsque ce n'est pas le cas, il est fréquent qu'ils et elles soient bien identifiés-es, voire proches d'élus-es. C'est par exemple le cas de Michel G, médecin généraliste, qui a rédigé une contribution dans le journal de campagne du député de sa circonscription dans le cadre des élections législatives anticipées de l'été 2024. C'est également le cas de Serge B, médecin généraliste dans une ville de près de 100 000 habitants, et dont le maire est « un copain ».

Ces leaders connaissent le fonctionnement du système de santé, ses acteurs. Ce que Ron Boschma appelle les « règles du jeu » (Boschma 2004). La connaissance de ces règles est précieuse pour la création des CPTS, comme le souligne Philippe A, directeur de CPAM, en entretien.

« (...) Pour comprendre comment fonctionne la CPAM, l'ARS, les jeux d'acteurs des syndicats qui sont présents, traiter avec les maires, éviter que les maires veuillent s'accaparer le pouvoir et les décisions parce qu'ils ont donné 3000 euros de subventions, il faut quand même des gens qui connaissent bien leur territoire et qui sont ancrés sur le territoire... »

Au-delà de la connaissance de ces règles, les leaders ont intégré les codes et le langage de l'administration.

« J'avais déjà des bons liens avec l'ARH⁴⁰. (...) Oui, c'est des manières de fonctionner... Si vous voulez, j'ai un cursus très particulier et, comme je dis, je suis bilingue, je parle et l'administratif et le médical. (...) J'ai une culture de l'organisation des soins et des choses comme ça que peu de gens ont la chance d'avoir. »

Entretien, Dominique F, élu-e URPS-médecins

Ainsi, les *leaders* font ainsi partie intégrante de ce cadre institutionnel. Ils et elles participent aux réformes du système de santé, via leurs fonctions de représentation mais également en participant à différents types d'expérimentations (Schlegel 2022).

Michel G, co-président de CPTS et à la longue expérience au-delà du soin (dans l'exercice coordonné, son syndicat, avec les administrations) dit avoir « deux métiers, organisateur de soins et médecin ».

⁴⁰ Agence régionale de l'hospitalisation, elles sont remplacées par les ARS en 2009.

Ces éléments les distinguent des autres *libéraux*, éloignés de cette culture professionnelle. Cette appropriation des codes de l'administration leur permet de négocier les transformations de leurs pratiques et de regagner ainsi en autonomie et en pouvoir.

Ces professionnel·les « bilingues » disposent donc d'outils et de compétences leur permettant d'investir les nouveaux dispositifs et de s'affirmer dans leurs relations avec les administrations. Ils et elles peuvent ainsi s'emparer du rôle-clé de traducteur, essentiel à l'enrôlement des autres *libéraux*.

Ces *leaders* sont également celles et ceux prêt·es à consacrer du temps et de l'énergie en plus de leur activité de soin, et ce bénévolement ou presque. Ce sont elles et eux qui sont « capables de se mobiliser pour travailler le soir, pour faire [se] rencontrer des gens, pour écrire un projet, une lettre d'intention »⁴¹.

« Dans ces cas-là, pour travailler, on prend toujours ceux qui sont engagés. C'est une bonne recette. Celui qui travaille beaucoup, il faut le charger encore un peu plus, c'est lui qui va être le plus performant. (Rires) (...) Engagé dans son syndicat, engagé dans la vie locale, engagé dans la FMC⁴², engagé dans tout ce que vous voulez. Faut toujours taper sur ceux qui sont déjà chargés. »

Entretien, Jean-Marc F, médecin généraliste, président de CPTS

On comprend que la présence de ces personnes-relais est indispensable au déploiement des CPTS, en principe basé sur le volontariat et la spontanéité. Cependant, pour que le mouvement puisse dépasser ce cercle restreint, les *libéraux* doivent voir un intérêt personnel dans leur participation CPTS. Je vais donc maintenant aborder les principales motivations identifiées au cours de cette enquête.

Redonner du sens à son exercice, parer l'épuisement

Un élément qui revient dans la majorité des entretiens avec les professionnel·les rencontré·es, en particulier celles et ceux exerçant en zones particulièrement sous-dotées, est la préoccupation pour l'accès aux soins des usagers. Cette situation dégradée les conduit à prendre part à de nouvelles organisations dont l'objet est de faire « mieux avec autant », afin d'améliorer l'efficacité du système, ce que les CPTS sont censées permettre. Les professionnel·les dénoncent l'exigence croissante des élu·es et des usagers en matière de soins de proximité, qui leur font porter la responsabilité du manque d'offre alors qu'ils

⁴¹ Entretien, Gilles D, consultant en santé

⁴² La formation médicale continue

et elles se sentent déjà surchargées. Ce sentiment d'injustice est source de frustration, également alimentée par une perception de plus en plus répandue des soins comme un service marchand. Les professionnel·les rencontrés se plaignent des exigences de résultats qui pèsent sur eux, concernant aussi bien la facilité à obtenir un rendez-vous que l'efficacité d'un traitement initié. Ce sentiment motive leur investissement dans les CPTS, leur permettant ainsi de se repositionner en acteur de l'amélioration de l'offre de soins primaires. Je perçois cela dans le discours de Corinne C, médecin généraliste dans un département à l'offre particulièrement déficitaire, et membre du conseil d'administration de sa CPTS.

« Bah, en fait, je pense que les communes, justement, qui sont assez délaissées, leur demande, c'est d'avoir des soignants sur le territoire. Alors, ça peut être déjà, simplement, de leur dire que maintenant c'est fini, que chaque village n'aura plus son médecin, que c'est plus possible, mais que, par contre, on essaie de travailler à une organisation qui permet que, dans un certain périmètre, les gens puissent quand même accéder à des soins, en fait, et que s'il y a une dynamique territoriale, justement, ça va peut-être être un facteur d'attractivité, et qu'il vaut peut-être mieux un médecin à dix kilomètres, dans une maison de santé, avec d'autres professionnels, qu'un médecin sur place, tout seul, qui va partir au bout de deux ans. Enfin, je pense qu'on a un travail là-dessus aussi à faire comprendre aux communes [qu'elles] n'auront pas forcément des soignants, mais qu'il peut y avoir aussi des professionnels, notamment des infirmières, parce qu'il y a un maillage quand même qui est important, et qu'après l'important c'est que peut-être que la CPTS puisse travailler au fait que cette infirmière restera pas toute seule, qu'elle pourra travailler avec un médecin qui sera pas forcément sur place, mais qui sera pas à cinquante kilomètres, quoi. »

Le fait de « travailler à une organisation » est quelque chose de nouveau pour la grande majorité des *libéraux*. En effet, hormis les *leaders* participant depuis plusieurs décennies à la co-construction de politiques et d'outils, leur culture professionnelle (voire « leur ADN » comme ils le disent parfois eux-mêmes) est justement fondée sur un mode d'exercice solitaire et une « approche de patientèle »⁴³, curative.

⁴³ Entretien, Sophie G, Cnam

Le mode de rémunération à l'acte, pierre angulaire de l'exercice libéral est, avec les problèmes de démographie, une incitation à la multiplication des actes et consultations, donnant lieu à des journées longues et parfois décrites comme répétitives.

Ces problématiques sont source d'un épuisement rapporté par certain-es enquêté-es, et la diversification de leur pratique pour y intégrer des activités de coordination, de gestion de projet, de vie associative, leur permet à la fois de prendre du recul, de (re)créer du lien avec d'autres professionnel·les, de diminuer leur isolement, et de donner plus de sens à leur pratique. Ils évoquent « une approche de santé publique » des soins.

« Moi, j'ai 30 ans de recul, je suis plutôt vers la fin. C'est un anti-*burn-out* évident de s'occuper de ce dont on s'occupe, parce que ça diversifie notre profession. »

Entretien, Michel G, médecin généraliste, co-président de CPTS

Paradoxalement, un grand nombre de *libéraux* rencontrés disent ne pas s'investir dans une CPTS par manque de temps. Ils ont « la tête dans le guidon » et « restent centrés sur leur activité » comme me le dit Corinne C, médecin généraliste, en entretien. Il n'est pas rare que les professionnel·les rencontré-es, généralement des médecins, trouvent absurde de s'impliquer dans d'autres activités que le soin alors qu'ils et elles ont l'impression de ne pas pouvoir répondre de manière satisfaisante à la demande.

C'est le cas de Nathalie JS, médecin généraliste et représentante du mouvement Médecins pour demain⁴⁴. Alors qu'elle était initialement impliquée dans le développement de la CPTS couvrant sa commune d'exercice, elle a été très déçue par ce qu'elle y a trouvé et s'est ensuite opposée au principe du dispositif, qui éloigne, selon elle, les soignant-es de leur rôle premier.

⁴⁴ L'association Médecins pour demain (MPD) a été créée en août 2023 dans la continuité d'un groupe Facebook (« Collectif MPD », créé en 2022 par Christelle Audigier). Mouvement « apolitique et asyndical » très rapidement populaire en ligne (via des groupes Facebook et Whatsapp), il concentre la grogne de médecins « ultra-libéraux » désireux d'une indépendance maximale vis-à-vis de l'Assurance maladie et l'Etat. MPD se fait plus largement connaître du public et des médias à l'occasion d'appels à la grève et de mobilisations réunissant plusieurs milliers de médecins libéraux dans les rues de Paris en janvier 2023 autour d'une revendication-phare : la revalorisation de la consultation de médecine générale à 50 euros. Comme l'indique le journaliste Mattea Battaglia dans un article du Monde du 10 janvier 2023, le mouvement a été invité à siéger aux négociations conventionnelles avec l'Assurance maladie par le syndicat UFML-S, montrant la proximité assumée entre ces deux structures.

Lien vers l'article [version du 14/08/2025] : https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/01/10/qui-sont-les-medecins-pour-demain-ce-collectif-de-liberaux-qui-entend-poursuivre-la-mobilisation_6157226_3224.html

« Aujourd'hui, ce qui me dérange, c'est qu'on essaye de coordonner du non-soin. (...) on essaie de coordonner du vide. »

Elle ne croit pas que « la coordination va répondre au problème de manque de coordination ». Elle est de celles et ceux pour qui les CPTS participent de la « suradministration » du système de santé, contribuent à le mettre en difficulté en diminuant le temps consacré au soin, et épuisent les professionnel·les.

« Soit, je vais dormir, soit je vais m'occuper de mes gosses, soit je fais quatre heures de boulot de plus au cabinet, mais faire de la *réunionite* qui n'avance à rien et qui ne changera rien... En fait, on va épuiser les gens ! »

Ce discours permet de soulever un point paradoxal revenu à plusieurs reprises dans cette enquête. La diversification de l'activité professionnelle des *libéraux* par l'investissement dans une CPTS semble être un « anti-*burn-out* » (cf. supra) lui-même source d'épuisement. En effet, les porteurs-euses rapportent souvent être très seul-es face à la charge apportée par les CPTS. « On est toujours les quatre mêmes péquenots autour de la table » me dit Nathalie JS, ce qui dissuade certain·es professionnel·les de s'investir.

Un article du Quotidien du médecin du 8 janvier 2024⁴⁵ rapporte le cas d'une équipe de CPTS ayant « jeté l'éponge ». Si ce cas de dissolution semble être marginal, les arguments invoqués sont les mêmes. Elle est « liée principalement aux difficultés à mobiliser les acteurs de santé libéraux « déjà surchargés » (...) particulièrement chez les médecins (qui) rechignent à participer aux nombreuses réunions », à « la réunionite aiguë et chronophage. Au-delà de l'investissement humain que cela représente, le modèle du dispositif y est remis en question, une membre rapportant notamment « l'impression d'être une énième personne de la Sécu. » et un autre dénonçant « la superposition des structures financées par l'Assurance-maladie ». La section des commentaires proposée par le site du journal sous l'article est également un florilège de critiques reprenant les éléments de langage classique du conservatisme ultra-libéral, qui s'intègrent dans une critique plus globale de la « suradministration française » et du « gâchis d'argent public » associé.

⁴⁵ Lien vers l'article [version du 14/08/2025] : <https://medecine-generale.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/reunionite-aigue-experience-chronophage-une-cpts-jette-leponge>

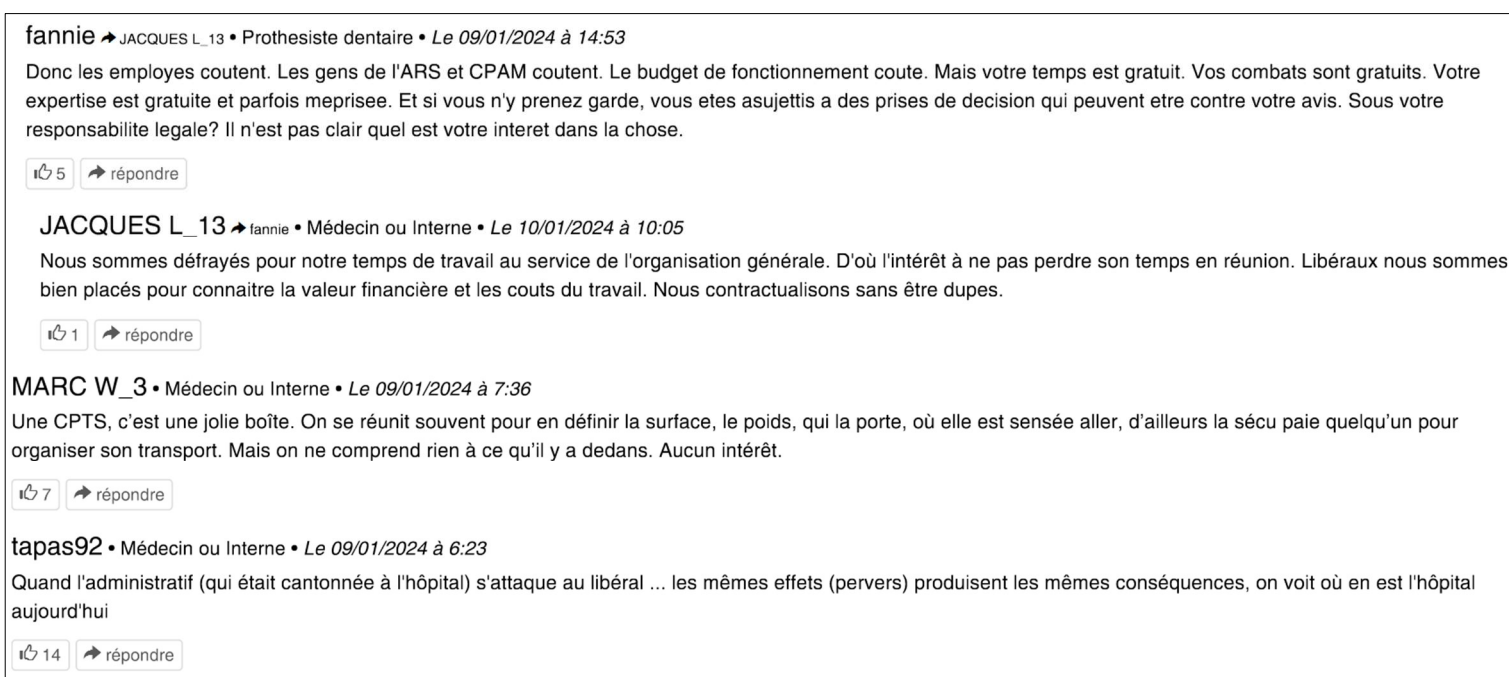


Figure 2 - Capture d'écran du site lequotidiendumedecin.fr en date du 15/08/2025 (lien vers le site p. 49)

La CPTS comme continuité de l'exercice en MSP ?

Il est fréquent d'entendre ou de lire que les CPTS sont généralement créées par des équipes de MSP, et qu'elles s'inscrivent dans la continuité de cet exercice pluriprofessionnel coordonné.

Les MSP ont été créées en 2007 et leur nombre a cru rapidement depuis, tout comme la part des *libéraux* qui y exercent⁴⁶. Comme les CPTS, elles font l'objet d'un portage politique fort, via le plan « 4000 MSP » (Ministère de la Santé et de la prévention 2023), et sont souvent présentées comme une modernisation de l'exercice libéral, par opposition avec l'exercice solitaire et isolé. L'exercice en MSP est soutenu par certains syndicats professionnels, principalement et historiquement MG France⁴⁷, et dispose d'une

⁴⁶ 69% des médecins généralistes avait un exercice regroupé en 2022 contre 54% en 2010 (Bergeat et Vergier 2022). A noter que l'exercice regroupé est plus large que l'exercice en MSP qui suit cependant la même tendance.

⁴⁷ La Fédération française des médecins généralistes, habituellement appelée « MG France », est le premier syndicat représentatif des généralistes en 2021 (résultats des élections URPS). Il est créé en 1975 dans la continuité du Syndicat de médecine générale (SMG), qui « s'inscrit dans une dynamique d'affirmation d'un mouvement "alternatif" au sein de la profession médicale. » (Hassenteufel 2010a) Cette dynamique, issue notamment des mobilisations étudiantes de 1968, représente une rupture avec le modèle libéral, jugé trop orienté vers le profit et pas assez « responsable devant la collectivité ». Un de ses thèmes fondateurs est la mise en place de « nouvelles formes d'exercice collectif de la médecine » (Hassenteufel 2010a). Si MG France soutient toujours l'exercice en MSP, sur d'autres thématiques, le syndicat semble s'être rapproché des positions libérales des autres syndicats majoritaires.

fédération, AVECsanté⁴⁸, parfois appelée la « fédération des fédérations » en raison de son maillage régional.

L'analyse des chiffres confirme que les jeunes professionnel·les de santé s'orientent progressivement vers l'exercice en MSP, et plus largement l'exercice en groupe, pluriprofessionnel ou non (Bergeat et Vergier 2022). Certain·es font le choix d'exercer en cabinet monoprofessionnel ou encore en MSP sans contractualiser avec l'Assurance maladie⁴⁹.

Une filiation existe entre MSP et CPTS en raison, justement, de ces modalités d'exercice nouvelles qui dépassent le cadre des soins, et impliquent les professionnel·les dans l'organisation de leur offre (soins non programmés (SNP), accès à un médecin traitant), mais aussi dans le développement d'actions de la prévention et dans leur coordination avec les autres acteurs locaux (hôpital notamment).

Les *libéraux* exerçant en MSP se familiarisent à la gestion de projet, et certains rapportent qu'un cadre plus large est nécessaire pour certains de ces projets.

« (...) Je me rendais bien compte que ce n'était pas à l'échelle d'une MSP qu'on pouvait régler le problème [des SNP], qu'il fallait envisager quelque chose de plus territorial. »

Entretien, Corinne C, médecin généraliste

L'ACI CPTS met en avant une continuité entre « coordination de proximité » des « maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés⁵⁰ » et « coordination à l'échelle d'un territoire » des CPTS.

Au niveau micro, la première suit « une approche par patientèle » » (Ferru et Omer 2021), elle coordonne principalement autour du soin les professionnel·les prenant en charge des mêmes patient·es. Les MSP sont présentées comme le maillon élémentaire de ce niveau de coordination, et se déploient par apparition de points successifs.

Au niveau supérieur, dit méso, la « coordination territoriale » permet de relier ces points entre eux mais également de les relier à des acteurs « de natures et de niveaux multiples », conduisant « au développement de “coopération souples” d'échelles méso-territoriales

⁴⁸ Avenir des équipes coordonnées santé, uniquement désigné par son acronyme

⁴⁹ Parmi les médecins généralistes, en 2022, 29% exercent en cabinet monoprofessionnel et 5% exercent en MSP non signataire de l'ACI (sur les 17% exerçant en MSP) (Bergeat et Vergier 2022)

⁵⁰ Les équipes de soins spécialisées, réglementées après la signature de l'ACI CPTS et organisées aux niveaux départemental voire régional ne font à mon sens pas partie de la « coordination de proximité ».

prenant la forme de partenariats peu formalisées, flexibles et volontaires de dialogue entre acteurs locaux (Parnaix et Zugetta, 2015) ou de “territoires de projet” de formes plus ou moins institutionnalisées ». (Eliot, Lucas-Gabrielli, et Mangeney 2017)

Dans le champ de la santé, la coordination des acteurs et son analyse par les sociologues des organisations et les chercheurs-euses en sciences de gestion sont très antérieures au développement des structures d'exercice coordonné telles qu'on les entend aujourd'hui (MSP, centres de santé, CPTS). Leur développement est associé à la prise en charge des patient-es chroniques et des cas dits complexes, à l'interface entre soin, social et médico-social⁵¹, comme l'explique Marie-Aline Bloch, dans son ouvrage *Coordination et parcours*: la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social : « l'activité qui consiste à procurer des soins et des services aux personnes qui en ont besoin de façon durable — les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap et les malades chroniques — offre un cas d'école à ceux qui souhaitent étudier ce phénomène » (Bloch 2014)

Toutefois, malgré l'expertise de ces acteurs, développée pour certains depuis plusieurs décennies, la « coordination des cas complexes » (voir encadré n°6) a été dissociée des deux autres. J'aborderai à la fin de cette partie ce choix et ses conséquences sur les processus de création des CPTS.

Encadré n°6 – La coordination des cas complexes

Elle peut être résumée ainsi : « lorsqu'un professionnel de santé n'a pas les compétences ou les ressources nécessaires pour résoudre un ou des problème(s), il peut alors faire appel à des dispositifs d'appui » (Ferru et Omer 2021). Depuis juillet 2022, les Dispositifs d'appui à la coordination (Dac) unifient les nombreux différents types de structures coexistant au préalable dans ce domaine*. Comme les CPTS, ce sont des structures associatives mais leur pilotage par les ARS est plus direct et assumé. Concernant leur délimitation, au niveau métropolitain, la grande majorité des Dac sont départementaux**. Leur processus de création n'est pas étudié dans cette thèse mais un travail complémentaire pourrait éclairer cette étude.

* Les réseaux de santé, les Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, uniquement désigné par son acronyme), les plateformes territoriales d'appui (PTA) et les coordinations territoriales d'appui (CTA).

** https://carto.atlasante.fr/1/dgos_metropole_dac.map

⁵¹ La séparation des secteurs social et médico-social est propre à notre système. Le premier « concerne les actions visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes » tandis que le second « spécificité française, [...] regroupe les établissements d'hébergement accueillant des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile. » (Bloch 2014)

La continuité entre MSP et CPTS est mise en avant dans les administrations et par les professionnel·les acquis·es au *pluripro*'. C'est le sens de la démarche de Sébastien B, médecin généraliste et ancien président de sa CPTS.

« Et comme j'étais porteur du projet, leader du projet de santé sur la MSP, et bien, ça faisait sens [que ce soit moi qui porte le projet de CPTS], parce que les projets qu'on pouvait imaginer au sein de la MSP, on peut très bien les étendre un peu au territoire et aller un peu plus loin, donc, c'était une sorte de continuité logique sur la construction du travail pluripro' au sein du territoire. » (Entretien)

Cependant, l'idée répandue selon laquelle les CPTS seraient le plus souvent portées par des équipes de MSP ne semble pas vérifiée dans cette étude. Ni dans la pratique des porteurs·euses rencontrés·es, dont moins de la moitié exerce en MSP (8/19, soit environ 42%), ni dans le discours des enquêtés·es ayant une vision d'ensemble sur le sujet.

En réalité, l'exercice en MSP ne semble ni nécessaire ni suffisant comme motivation à s'investir dans la création ou la gestion d'une CPTS.

Insuffisant, car une partie des *libéraux* exerçant en MSP ne retrouve pas dans les CPTS le côté concret qui les motive au quotidien : travailler avec d'autres professionnel·les de santé avec qui partager la prise en charge des patient·es. Même convaincu·es par l'exercice pluriprofessionnel, certain·es dénoncent parfois cette fameuse *réunionite*. Il me semble important de souligner ici la diversité de ce qui est mis derrière la notion d'exercice coordonné, la CPTS apparaissant plus comme une « coordination d'exercices » qui peuvent rester isolés.

Pas nécessaire car, d'un autre côté, on retrouve justement des professionnel·les attachés·es à ce mode d'exercice libéral classique, solitaire, qui trouvent dans les CPTS un moyen de prendre part à ces évolutions organisationnelles récentes sans modifier leurs pratiques quotidiennes.

« On a quand même pas mal de professionnels de santé qui se sont dit "La CPTS, c'est cette possibilité de pouvoir prendre part aux politiques de santé sans pour autant trop changer notre quotidien." »

Entretien, Christine G, ARS

Les CPTS sont effectivement plus libéral-compatibles, avec un coût d'entrée assez faible (Schweyer 2024). Paradoxalement, comme le souligne François-Xavier Schweyer, les

missions de service public dont les porteurs·euses de CPTS se saisissent semblent plus importantes qu'en MSP (voir p. 11).

Par ailleurs, il revient régulièrement dans cette enquête qu'une partie des professionnel·les de santé adhérent·es aux CPTS « le font pour la Rosp ». En effet, l'implication dans des structures d'exercice coordonné peut donner accès à des rémunération sur objectifs dans différentes professions libérales conventionnées. Cependant, il s'agit plus d'un comportement de passagers clandestins de professionnel·les qui ne font que cotiser à l'association sans s'y investir. Ce phénomène n'est donc pas déterminant dans les processus de création des CPTS dont il est question ici, et qui concernent les professionnel·les qui consacrent du temps et de l'énergie au fonctionnement de ces structures.

Gilles D, médecin généraliste reconverti en consultant en santé et qui accompagne (notamment) des CPTS depuis plusieurs années propose une autre explication, déjà abordée plus haut dans cette partie, pour justifier le fait qu'on retrouve souvent des personnes issues des MSP dans les CPTS.

« C'est pas majoritaire [que les porteurs·euses de CPTS soient issu·es de MSP], c'est fréquent mais c'est pas la continuité. C'est parce que c'est là qu'on a les moteurs, les gens qui sont capables de se mobiliser pour travailler le soir pour faire rencontrer des gens, pour écrire un projet, une lettre d'intention, *et cætera* »

Parmi les professionnel·les qui décident de s'impliquer dans les CPTS sans vouloir modifier leurs pratiques de soins, on retrouve parfois une posture défensive face à un dispositif auquel il faut prendre part pour éviter que les décisions ne soient prises par d'autres.

S'investir pour se protéger

« Je crois que les porteurs du projet, finalement, sont des professionnels de santé qui avaient aussi pour ambition, clairement, de défendre un peu leur bifteck, en se disant « Il faut pas que ça se fasse sans moi parce que j'ai pas envie, derrière, que le train parte et que notre ma profession soit mise de côté. » Et je crois que c'était un peu, finalement, l'élément qui nous a tous rassemblés autour de la table et qui a fait qu'on s'est mis à discuter. C'est à dire qu'on s'est dit "Bon moi je veux bien une CPTS mais j'ai pas envie que ça se fasse sans kinés." Patrick est arrivé en disant "Moi, je suis médecin, j'ai pas envie que ça se fasse sans les médecins et puis qu'après on

m'impose des choses pour lesquelles je serai pas..." Moi c'est pareil, les pharmaciens c'est pareil, les infirmiers c'est pareil. (...) Et puis, surtout, une CPTS pour faire quoi ? A quoi ça va servir ? Qu'est-ce que ça doit être ? Et puis, surtout, qu'est-ce qu'on ne veut pas que ce soit ? Parce que je crois que c'est en fait ça qui nous a vraiment réunis au départ, ce qu'on ne veut pas que ce soit. (...) On a toujours peur aussi de ce gros machin qui arrive qui s'appelle une CPTS, on sait pas trop à quoi ça sert, on sait pas trop à quelle sauce on va se faire manger. »

Entretien, Eric N, masseur-kinésithérapeute

Cet extrait d'entretien résume clairement ce qui a été exprimé de façon plus ou moins implicite dans de nombreux autres entretiens ou observations.

Il est très intéressant de constater que c'est une posture défensive qui a permis de créer du lien entre des professionnel·les (je m'intéresserai plus spécifiquement à la nature de ces liens dans la partie suivante). C'est même une posture défensive double qu'Eric N évoque ici : on perçoit l'enjeux de défendre la place de son groupe professionnel face aux autres dans les transformations en cours (« J'ai pas envie que le train parte et que notre ma profession soit mise de côté »), ainsi que celui de se défendre contre ce qui est perçu comme une bureaucratisation de leur exercice et de l'apparition de nouvelles responsabilités dépassant le soin.

Comme je l'ai évoqué au début de cette partie, les *libéraux* sont détenteurs d'un mandat concernant l'organisation des soins de ville, qui ne peut être modifiée sans eux. Mais ce sont en réalité les médecins qui détiennent en grande partie ce mandat et qui sont placés au centre du dispositif des CPTS.

Le déploiement des CPTS est perçu par certain·es professionnel·les comme une opportunité d'envisager un partage plus équitable de ce mandat entre les différentes professions de santé, toutes pouvant prendre part, au moins en théorie, à la création et la gouvernance des communautés. De la même manière, ce déploiement est une opportunité pour les médecins de protéger, voire renforcer, cette position dominante. Mais, là encore, je n'approfondirai pas cette question qui nécessiterait un travail dédié.

Dans la deuxième partie de l'extrait, Eric N évoque « ce qu'on [les *libéraux*] ne veut pas que ce [les CPTS] soit ». Il évoque ici la crainte de reprise en main du monde libéral par les pouvoirs publics, et donc la perte de tout ou une partie de ce mandat au profit des administrations. La menace du modèle libéral perçue par les professionnel·les occupe une place déterminante dans la façon dont les CPTS sont pensées et se déploient. Elle peut

motiver le choix de s'y impliquer tout comme celui de rejeter en bloc ce dispositif les *libéraux*.

« Je me méfie toujours de ce qui a des subventions. Parce qu'à un moment, il y a un retour sur investissement. Tout se paie, il n'y aura pas de subventions pour rien. »

Entretien, Nathalie JS, médecin généraliste

Cette idée selon laquelle accepter des subventions engage celles et ceux qui les reçoivent revient très souvent dans mon enquête. L'exemple de Nathalie JS, déjà évoqué plus haut, est singulier. Elle est médecin généraliste dans un cabinet de groupe à l'exercice « complètement libre », partagé avec trois autres médecins et un dentiste. Alors qu'elle avait initialement pris part aux échanges et réunions de la CPTS couvrant sa commune d'exercice, elle en a ensuite pris ses distances et a rejoint dès son apparition, fin 2022, le mouvement Médecins pour demain.

Elle met très précisément le doigt sur l'opposition entre le modèle libéral classique et la notion de responsabilité populationnelle sur laquelle se fondent les CPTS.

« Donc, cette injonction de « Il faut aller très vite, il faut que ça se déploie partout », justement, ça me dérange énormément, parce que ça veut dire qu'il y a d'autres idées en tête. (...) On a déjà la CPAM qui nous affine des patients parce qu'on les a vus deux fois dans l'année en dépannage et qui considère que, vu qu'ils ont pas de médecin traitant, c'est nous. On n'a pas signé de contrat, on n'a rien signé mais on est médecin traitant. (...) Je vois le truc venir, qu'à un moment on va nous dire "Bah vous êtes responsables d'un territoire, vous êtes adhérents à une CPTS qui gère un territoire, il y a des patients à gérer, démerdez vous ! Vous êtes censés gérer votre territoire, vous vous êtes engagés à ça." Et là, on met le doigt dans quelque chose qui n'a plus rien de libéral. » (Entretien)

Cet extrait montre bien que, pour les défenseurs·euses du modèle libéral classique, le concept de responsabilité populationnelle ne s'inscrit pas dans la continuité de l'évolution de ce modèle mais apparaît comme la mort annoncée de celui-ci⁵².

Plusieurs exemples dans l'actualité récente montrent l'attachement encore très fort à ce modèle. Les médecins libéraux·ales, pourtant peu habitués·es à descendre dans la rue, se

⁵² Le syndicat UFML-S, que j'aborderai plus bas, publie le 1^{er} janvier 2023 sur son site un article intitulé « Les CPTS : avenir ou fin programmée de la médecine libérale ? ». Lien vers le site [version du 15/08/2025] <https://www.ufml-syndicat.org/les-cpts-avenir-ou-fin-programmee-de-la-medecine-liberale/>

sont massivement mobilisé-es en avril 2025 en réponse à la proposition de loi (PPL) « Garot »⁵³ menaçant leur liberté d'installation.

Si la remise en cause de la liberté d'installation est un sujet nettement plus sensible que le déploiement des CPTS, les deux s'inscrivent dans cette même tendance d'augmentation de la responsabilité des *libéraux* face à la population qu'ils prennent en charge et des contraintes qui l'accompagnent. Pour Nathalie JS, comme pour de nombreuses autres enquêté-es rencontré-es, ils seraient doublement perdants dans cette évolution du système, en combinant les contraintes du service public et celles du statut libéral.

« “Vous appartenez à une CPTS, vous avez des sous... Vous participez au Sas, vous avez des sous...” Ils vont trouver. Et c'est comme ça qu'ils vont tenir, d'un point de vue financier, les médecins. Sauf que, accessoirement, encore et toujours, on est libéraux. Donc soit on nous passe salariés, avec des objectifs de salariés, et avec un salaire de salariés, une protection de salariés, soit on nous fout la paix et on est libéraux. »

Effectivement, on assiste à une augmentation progressive des tâches confiées aux CPTS, comme le montre l'ajout par un avenant à l'ACI de la réponse aux crises sanitaires. Chaque nouvelle mission, accompagnée d'une nouvelle subvention, vient s'ajouter aux autres et aucun retour en arrière ne semble possible. C'est ce que François-Xavier Schweyer appelle « l'effet cliquet » (Schweyer 2024), et qui est une des raisons expliquant la réticence de certain-es professionnel·les face aux CPTS qu'ils et elles décrivent souvent comme un « piège tendu aux *libéraux* ».

Un autre élément qui caractérise ce « piège » est la crainte que les CPTS ne deviennent « le relai des politiques publiques »⁵⁴. Ainsi, chez certains professionnel·les, c'est plus l'idée que leur exercice ne soit organisé en fonction de commandes politiques qui les repousse, plutôt que l'idée de gagner en responsabilité auprès de la population.

Delphine M, directrice d'une URPS-ML, en donne un exemple en entretien :

⁵³ « Proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane » déposée par le député Guillaume Garot et adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale le 7 mai 2025. Son article 1^{er}, le plus contesté, introduit une autorisation d'installation délivrée par l'ARS pour les médecins libéraux·ales, conditionnée, dans les zones les mieux dotées, à la cessation d'activité d'un·e autre médecin.

⁵⁴ Entretien, Philippe A, directeur de CPAM

« Le ministère décide d'une politique, il faut vacciner toute la classe d'âge des cinquièmes, quatrièmes. Voilà, faut que ça se passe dans les collèges, et il faut qu'il y ait des libéraux qui viennent pour vacciner. Ben, l'ARS duplique le même message à destination des CPTS, parce qu'elle a bien compris que les CPTS avaient cette capacité de mobilisation, en disant "Voilà, on organise la vaccination dans les collèges, point. Il nous faut tant de professionnels, merci de nous communiquer les listes." (...) L'ARS dit "Bah voilà, moi, le ministère me demande de faire ça, on fait ça, les CPTS, répondez présentes, mais vous avez pas votre mot à dire sur la stratégie." Et c'est souvent là où, du coup, ça se crispe, où les CPTS sont pas d'accord sur la méthode, en fait. »

On assiste à un report successif de politiques guidées par les indicateurs et permises par des contrats, des administrations centrales vers les administrations locales, puis des administrations locales vers les professionnel·les de santé, qui apparaissent dans ce modèle de gouvernement à distance comme les effecteurs·rices nécessaire à la concrétisation de ces politiques non concertées.

En opposition frontale avec ce modèle, la voix de la frange ultra-libérale des médecins se fait entendre de plus en plus vivement, relayée par le mouvement Médecins pour demain et le syndicat Union française pour une médecine libre (UFML-S)⁵⁵ qui ont dernièrement connu une croissance rapide.

« Et donc, sur Twitter, j'ai certains de vos confrères, un peu excités, qui m'ont pris à partie en disant "C'est des conneries tout ça, machin... Donnez-nous le pognon, laissez-nous faire !" »

Entretien, Philippe A, directeur de CPAM

Sans nécessairement avoir une opinion aussi radicale, la majeure partie des professionnel·les sceptiques ne s'investit pas dans la CPTS couvrant leur commune d'exercice lorsqu'elle existe, et encore moins dans sa création. Ces professionnel·les plus

⁵⁵ L'UFML-S obtient en 2021, après quatre ans d'existence et pour sa première participation aux élections URPS, un score d'environ 17% dans chacun des deux collèges, généralistes et spécialistes, le classant respectivement 4^{ème} et 3^{ème} des syndicats des médecins libéraux·ales conventionné·es. Largement incarné par Jérôme Marty, figure médiatique de la crise Covid, l'UFML est initialement née en 2012 sous la forme d'une association, en opposition d'abord au Contrat d'accès aux soins censé limiter l'augmentation des dépassements d'honoraires, puis à la LMSS qui a notamment instauré les CPTS. Il est devenu l'UFML-S en 2017.

Source [version du 16/08/2025] : <https://www.ufml-syndicat.org/ufml-s-syndicat-medecins/>

conservateurs-rices voient dans les CPTS une suradministration des soins de ville, voire une « gabegie financière ».

Il est important de noter que mon enquête se déroule à la fin de la période très conflictuelle des négociations autour de la nouvelle convention médicale, finalement signée en juin 2024 après un premier échec et la mise en place d'un règlement arbitral.

Plusieurs fois dans les entretiens, il m'a été rapporté par les agent-es d'administration rencontré-es que ce contexte avait pu compliquer le déploiement des CPTS, au niveau local comme au niveau national, certains médecins représentants syndicaux menaçant de se désinvestir des CPTS en fonction de la direction prise par les négociations. Une enquête évoque même des « menaces de sabotage » de certains syndicats.

Toutefois, en dehors de cet élément conjoncturel, il est intéressant d'observer qu'un certain nombre de professionnel·les et de syndicats qui rejetaient initialement les CPTS ont aujourd'hui adapté leur discours, réalisant qu'elles s'inscriraient dans le temps long. Il semble important d'en être, le risque étant, sinon, que des décisions importantes soient prises par d'autres.

« Gardons le pouvoir de notre organisation des soins ! Pourquoi est-ce qu'on va dépendre de payeurs ? En plus, ça change tout le temps... (...) Moi, je pense qu'on n'est jamais si bien servi que par soi-même, donc il faut avoir le pouvoir de ces organisations. Enfin, c'est très important à mon avis. »

Entretien, Catherine V, médecin généraliste, mandat syndical national

En effet, en dehors de l'UFML-S, il devient maintenant marginal de rencontrer parmi les représentant-es de *libéraux* des positionnements totalement réfractaires aux CPTS. Une enquête m'indique même une CPTS présidée par un représentant UFML-S, seule organisation représentative totalement et ouvertement réfractaire au niveau national⁵⁶.

La place des syndicats dans le déploiement des CPTS est un point important que je vais aborder dans le paragraphe suivant. Mais avant cela, il me semble important de mentionner une autre motivation à s'investir dans les CPTS pour des professionnel·les pourtant pas

⁵⁶ Le syndicat est le seul à refuser de participer au comité d'interface de suivi de l'ACI CPTS (entretien, enquête-e anonyme). Il a par ailleurs publié en novembre 2024 un rapport très critique et controversé à l'égard des CPTS, « carcans administratifs aussi inutiles que dispendieux », accusées de coûter « près de 2 milliards en 5 ans », chiffre largement contesté.

Lien vers le rapport : <https://www.ufml-syndicat.org/wp-content/uploads/2024/11/RAPPORT-CPTS-par-lUFMLS-novembre-2024fin.pdf>

convaincu-es de leur utilité. Il s'agit des importants montants prévus par l'ACI. Les cas de détournements de fonds sont exceptionnellement évoqués – Delphine M, salariée d'une URPS-ML évoque par exemple un médecin qui « [monte] des projets pour récupérer de l'argent ». La gestion de ces sommes implique des enjeux de pouvoir qui attirent certain-es professionnel·les.

« Il y a quelques vieux crocodiles syndicalistes qui ont vu un peu de pognon là-dedans. Ils y sont allés mais eux-mêmes n'y croyaient pas »

Entretien, Philippe A, directeur de CPAM

Avec les CPTS, on assiste à l'apparition du financement de la coordination des soins dans le droit commun⁵⁷. Il s'agit de financer des structures « non effectrices de soins », leurs coûts de fonctionnement et leurs projets, et plus seulement des soignants et leurs actes. Cette nouveauté attire donc les *leaders* multi-positionné-es (les « vieux crocodiles syndicalistes ») qui veulent en être, et ce d'autant que les sommes en jeu sont conséquentes. En effet, l'Assurance maladie a consacré environ 120 millions d'euros aux CPTS en 2024⁵⁸, et cette dépense croît chaque année, amenant avec elle son lot d'interrogations et de critiques. La pression pesant sur l'Assurance maladie s'accroît et celle-ci est reportée sur les porteurs-euses de CPTS qui doivent justifier l'utilisation des sommes perçues, marquant progressivement la sortie de la phase initiale de déploiement.

L'apparition des CPTS pourrait donc représenter un tournant important dans l'organisation des soins de ville, impliquant des transformations au sein de chaque profession et dans leur façon de coopérer. Il est donc logique que les corps intermédiaires (cf. infra) suivent ce développement de près et souhaitent y prendre part.

Des libéraux influencés et accompagnés par les corps intermédiaires

« Et puis il y avait aussi le fait que les syndicats avaient [très] peur (...) que les CPTS prennent le rôle des syndicats. Enfin, tout ça, c'était politique aussi. (...) Dans quelque temps, est-ce qu'il n'y aura pas, par exemple, des enveloppes uniquement

⁵⁷ Par opposition aux financements prévus dans le cadre d'expérimentations, comme l'Incitation à la prise en charge partagée (Ipep), expérimentée dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018

⁵⁸ « Quand l'Assurance maladie met 120 millions d'euros sur la table (...) il faut mesurer ce que cela produit comme résultats sur les territoires », Thomas Fatôme, Journées nationales de CPTS 2024, « Table ronde : L'avenir des CPTS » (9 octobre 2024)

pour les CPTS qui vont rémunérer les professionnels de santé ? Ça se fait déjà un petit peu par rapport à certains projets. Mais c'est pas le soin, c'est pas dans le soin. Les syndicats, c'est la négociation des tarifs, des lettres-clés⁵⁹ au niveau du soin. Les CPTS, c'est pas le soin. On n'est pas dans le soin pur. Donc, c'est deux choses différentes, mais ils avaient peur de ça. (...) A l'époque... Oh ! On avait assisté à des grandes messes sur les soins au forfait, enfin, tout ça... (...) Il y avait beaucoup de [messages du] style "Les libéraux, ce sont des électrons libres, donc ils veulent les parquer, tout ça." »

Entretien, Marie N, infirmière libérale,

Représentation mono- et pluriprofessionnelle

Par « corps intermédiaires », je fais référence, dans cette thèse, aux syndicats (dits « monoprofessionnels »), aux URPS, aux ordres, et aux organisations représentatives des structures d'exercice coordonné (AVECsanté pour les MSP et la Fédération des CPTS).

L'articulation entre ces catégories de corps est singulière. En effet, seuls les syndicats prennent part aux négociations conventionnelles dont est issu l'ACI. Les représentant-es de ces syndicats composent ensuite les URPS, dont les élections par listes sont organisées tous les six. Les dernières se sont tenues en 2021.

Un rapport de la Cour des comptes sur les URPS publié en 2023 montre la baisse globale de la participation aux élections (voir graphique n°1), particulièrement marquée chez les médecins, où elle est passée de 40% en 2015 à 23% en 2021. Au global, seul un quart des *libéraux* ont exprimé leur suffrage en 2021. Cette participation est le « reflet de la faiblesse du taux de syndicalisation des professionnels de santé libéraux » (Cour des comptes 2023).

⁵⁹ Les « lettres-clés » sont utilisées pour le codage des actes dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la classification commune des actes médicaux (CCAM).

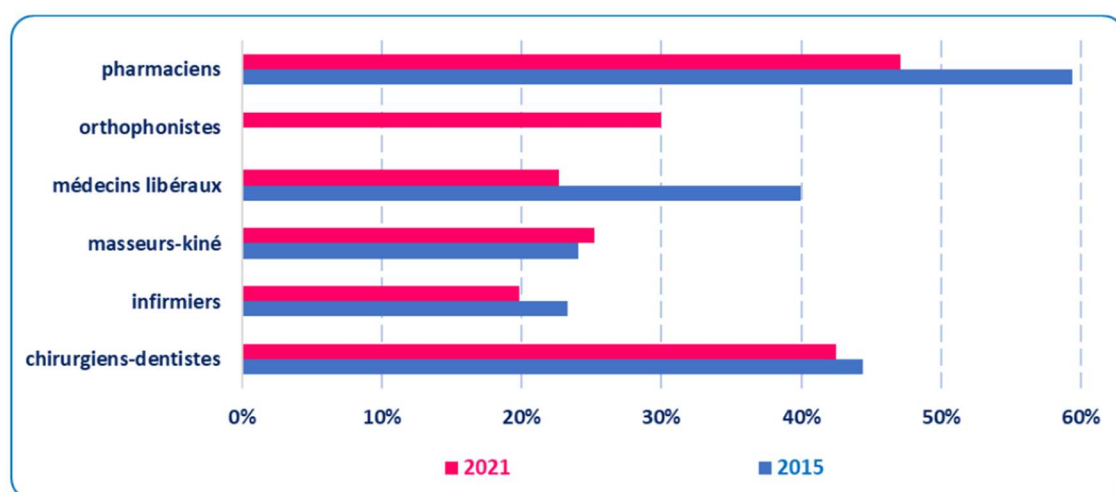


Figure n°2 – Evolution du taux de participation aux élections URPS par profession (Cour des comptes, 2023)

La FCPTS et AVECsanté ont, en plus de leur rôle de représentation, une fonction plus opérationnelle d'accompagnement des structures d'exercice coordonné, qui peut représenter un avantage dans l'espace de représentation des professionnel·les de santé par rapport aux syndicats. Sur ce sujet sensible, AVECsanté s'est historiquement démarquée des syndicats tandis que la FCPTS, dont le premier président, Claude Leicher, a également présidé MG France, fait le choix de les inclure dans son fonctionnement et sa gouvernance. En effet, une part importante de son conseil d'administration est composée de représentant·es syndicaux·ales. La FCPTS garde cependant un statut d'organisation représentative technique par rapport aux syndicats dont elle est officiellement indépendante sur le plan politique. Cela lui permet d'avoir une place d'interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics assumée.

« Une convention signée entre le ministère et la FCTPS lui confiera les missions d'interlocuteur du ministère pour le dialogue politique, de contribuer au dialogue avec les autres acteurs tels que les autres fédérations ou les syndicats, et d'animer le réseau de CPTS. » (DGOS et Cnam 2023)

Il me semble pertinent de continuer ici le parallèle avec les intercommunalités évoqué en introduction. En effet, les enjeux de représentation de ces structures à la « vie propre », abordés par le politiste Thomas Frinault dans un article de 2022, comportent certaines similarités avec ceux des CPTS. Les intercommunalités sont représentées à partir de 1989 par une organisation dédiée, l'Association des districts de France, devenue depuis Intercommunalités de France, et dont « la stratégie de légitimation et d'influence (...) aurait

davantage recouru au registre de l'expertise que d'autres associations d'élus locaux (AMF, ADF)⁶⁰ plus habituées à jouer de leur poids politique » (Frinault 2022). C'est à mon sens ce qu'il se joue actuellement entre organisations représentant les structures d'exercice coordonné (AVECsanté, FCPTS) et les syndicats de *libéraux*.

L'articulation entre sa forme classique et cette nouvelle forme de représentation, interprofessionnelle et territoriale, nécessiterait d'être traitée dans un travail dédié mais il me semble toutefois important de présenter ici cet enjeu car il aide à comprendre l'investissement des *leaders multipositionné-es* dans ce nouvel espace de représentation que sont les CPTS.

Concernant les positions des syndicats de médecins généralistes libéraux·ales considérés comme représentatifs⁶¹, on peut résumer ainsi : aux deux extrêmes, nous avons, d'un côté MG France et l'UFML-S, que j'ai abordés précédemment. Et, entre les deux, se trouvent la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et la Fédération des médecins de France (FMF), syndicats historiques qui défendent un modèle libéral classique. Tous deux ont au sujet des CPTS un positionnement moins marqué. Leurs représentant·es mettent parfois en avant la « perte de temps médical » que représentent les réunions et dénoncent une suradministration du soin. Toutefois, comme nous l'avons vu au niveau individuel, les syndicats craignent que les évolutions ne se fassent sans eux. Ainsi, ils investissent le pilotage du dispositif et les négociations associées.

« Au niveau de MG France, on avait discuté entre nous. Et c'est vrai qu'à l'époque, le syndicat disait "Les CPTS, c'est pas compliqué, vous faites un projet de santé, vous montez ça, et puis, comme ça, ça vous permet d'avoir la main sur les projets que vous souhaitez.", et que c'était important d'investir le territoire, plutôt que d'attendre que ce soient des choses qui nous soient imposées de là-haut, que ça descende, et que pour le moment, on avait cette main-là, donc c'était important d'embrayer tout de suite. »

Entretien, Sébastien B, médecin généraliste, élu MG France

⁶⁰ L'ADF est l'Assemblée des départements de France, devenue Départements de France. L'AMF est l'Association des maires de France, devenue l'Association des maires de France et présidents d'intercommunalités. Ce rajout souligne les enjeux concurrentiels dans la représentation des élu·es (Frinault 2022)

⁶¹ Ayant notamment recueilli au moins 10% des suffrages exprimés aux élections URPS. L'ensemble des critères de représentativité est à retrouver à la page suivante [version du 20/08/2025] : https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medecale-2024-2029/les-negociations-en-pratique/representation-organisations-syndicales?utm_source=chatgpt.com

Au niveau individuel, les *leaders* ont souvent joué, par le biais de leurs fonctions syndicales, un rôle de pilote d'un dispositif peu connu et mal compris des *libéraux*.

« Il faut bien penser que c'est pas né d'une volonté spontanée des professionnels de santé, comme ça, mais né d'une volonté de quelques *leaders* et qui, à mon sens, représentent l'importance aussi des corps intermédiaires. (...) Et on le voit maintenant, 4 ou 5 ans après, on voit que ces choses-là sont en train... Y a un passage de relai – c'est pas le bon terme, mais... – à la société civile. C'est-à-dire que c'est plus les politiques ou les corps intermédiaires syndicaux qui s'en occupent, mais le relai commence à être donné à des acteurs de terrain qui ont pris, en dehors de toute considération corporatiste ou de considération syndicale, la suite de la gestion de ces CPTS. »

Entretien, Christophe S, médecin généraliste, URPS-médecins

Le rôle joué par les URPS

Je me suis intéressé plus spécifiquement dans cette étude au rôle des URPS. Créées par la loi HPST en 2009⁶², elles ont ce statut particulier, au même titre que les chambres consulaires⁶³, de structures représentatives réglementées participant à des missions de services publics, tout en étant dirigées par des élu-es issu-es de syndicats dont les positions sont parfois très critiques vis-à-vis de l'action du gouvernement et des administrations. Cela a pour conséquence que, sur des sujets clivants tels que celui des CPTS, la cohabitation au sein de ces unions des représentant-es issu-es de syndicats aux lignes parfois très éloignées rend difficile le pilotage et l'accompagnement du déploiement des communautés.

« (...) Les avis [sont] très partagés sur les CPTS qui, pour certains syndicats, quelles que soient les professions, sont des passes-plats de l'ARS et de la CPAM et qui, pour d'autres, sont une vraie solution pour l'organisation et l'accès aux soins dans notre pays. (...) Les URPS ont des libertés, j'allais dire, éditoriales, ou des libertés de programme dépendantes de la couleur politique du syndicat majoritaire ou des syndicats majoritaires à la manœuvre dans les URPS. (...) Certaines URPS, en particulier URPS médecins, peuvent être très hostiles au déploiement des CPTS et pensent que les CPTS sont des gabegies financières, sont des trous économiques

⁶² Seuls les médecins disposaient de ce type de structures auparavant, les URML

⁶³ Chambres d'agriculture, chambres de métiers et de l'artisanat, chambres de commerce et d'industrie. Leur forme juridique est l'établissement public à caractère administratif, contrairement aux URPS qui sont des associations loi 1901.

qui ne servent à rien à part formater et empêcher l'exercice libéral de leur profession. [Dans notre région], on a pris une décision d'orientation pour le déploiement des CPTS et des structures d'exercice coordonnées. Et Dieu sait que ça peut créer quelques tensions au sein des différents élus et de toutes les mouvances qui existent dans une Union régionale de professionnels de santé. »

Entretien, Christophe S, médecin généraliste, élu URPS

Concernant les CPTS, les URPS ont à minima un rôle de représentation via leur participation aux comités *ad hoc* mis en place, aux niveaux départemental et régional, par les ARS et les CPAM pour examiner les projets de CPTS en cours de création et assurer le suivi du fonctionnement des communautés existantes. Ces administrations font appel aux représentant-es des URPS pour faire le lien avec le terrain, notamment pour relayer des informations, en faire remonter, souvent de manière informelle, ou participer à des activités de médiation et d'arbitrage.

« La gestion des conflits, on la fait avec eux, c'est pour ça que c'est l'URPS qui a mandaté des médiateurs et c'était volontaire que ce soit l'URPS et pas l'ARS parce que, du coup, la posture des professionnels en face c'est pas la même suivant que ce soit l'ARS qui demande quelque chose ou que ce soit l'URPS. Donc on joue aussi pas mal sur ça. Aujourd'hui, dans la stratégie 100% CPTS, on travaille toujours avec ces URPS-là pour identifier les territoires qui ne sont aujourd'hui pas maillés. Quelles stratégies mises en place ? Comment on sollicite les CPTS voisines ? Si ça marche pas, comment on sollicite des professionnels sur le terrain ? Enfin, vraiment, toute la stratégie de maillage, elle est construite de manière privilégiée avec ces quatre URPS-là⁶⁴, qui agissent de manière complémentaire suivant les territoires. (...) Et pareil, sur les conflits qui peuvent, du coup, avoir un impact sur le maillage. On s'est beaucoup appuyé sur les URPS. (...) on a toujours des représentants de l'URPS, donc ils ont été aussi très utiles pour les contacts un peu plus en *off*, pour essayer de calmer le jeu, *et cætera*. »

Entretien, Amélie L, ARS

Ainsi, en participant à l'identification de porteurs-euses ainsi qu'à la médiation en cas de conflits entre des professionnel·les ayant des projets différents, les URPS participent au moins indirectement à la délimitation des CPTS.

⁶⁴ Il s'agit dans cette région des URPS médecins, pharmacien·nes, infirmier·es et masseurs-euses-kinésithérapeutes.

Dans certaines régions, leur participation est plus directe. En effet, certaines URPS⁶⁵ ont investi de manière plus proactive l'accompagnement des CPTS en créant des structures associatives indépendantes : Agora Lib en Nouvelle Aquitaine, GECO Lib' en Bretagne ou encore Guichet CPTS en Occitanie.

Ces structures qui ont comme mission d'accompagner les CPTS au cours de leur création, notamment dans la réalisation du diagnostic territorial et la rédaction du projet de santé, se distinguent des bureaux d'études par leur présence pérenne dans l'écosystème local où elles occupent des fonctions de coordination entre CPTS que j'aborderai plus spécifiquement dans la dernière partie. A cela s'ajoute parfois une présence plus concrète au sein des CPTS, via la mise à disposition de coordinateur-rices salarié-es⁶⁶, formant ainsi un réseau. Il serait intéressant de suivre l'évolution de la place de ces structures ainsi que leur autonomisation vis-à-vis des URPS qui les ont créées.

Concernant la question de la délimitation du territoire des CPTS pendant leur phase initiale de déploiement, il semblerait que ces structures n'aient pas joué de rôle majeur dans les régions étudiées. Comme pour les bureaux d'études que j'aborderai plus loin dans cette partie, elles sont généralement intervenues une fois le territoire délimité.

Une région fait toutefois office d'exception, il s'agit de la région Centre-Val de Loire, où l'URPS-médecins a investi de manière très précoce et approfondie la question du découpage des futures CPTS.

L'approche de l'URPS-ML Centre-Val de Loire

A partir de 2016 et à l'initiative de l'URPS-médecins, une fédération des URPS s'est organisée pour investir le sujet du maillage de la région en CPTS, identifié comme un enjeu stratégique très fort.

Grâce à des liens historiques entre l'ARS et l'URPS-médecins, le pilotage de ce déploiement a été délégué à la fédération. Cela est notamment illustré par la cosignatures en 2019 d'un article expliquant cette démarche par Anne Bouygard, directrice générale de l'ARS et Raphaël Rogez, président de l'URPS-médecins (Rogez et Bouygard 2019). Pour proposer un maillage de la région en CPTS, la fédération a fait le choix de recourir à l'étude des flux de consommation de soins de médecine de ville de second recours en s'appuyant sur des

⁶⁵ Il s'agit le plus souvent d'un regroupement plus ou moins formalisé des URPS de différentes professions où l'URPS-médecins joue un rôle central.

⁶⁶ Parfois au moyen d'un groupement d'employeur créé par l'URPS.

travaux détaillés dans un article publié en 2020 par Charlotte de Fontgalland et Mylène et Rouzaud-Cornabas⁶⁷.

La démarche, permettant ainsi « [d']interroger l'échelle la plus pertinente pour identifier les CPTS et la confronter à la réalité de l'exercice des professionnels de santé » constitue un exemple unique d'approche formalisée de la délimitation des territoires des CPTS, fondée sur plusieurs choix forts (De Fontgalland et Rouzaud-Cornabas 2020). Le premier est la focalisation sur la médecine spécialisée en émettant l'hypothèse que « les aires de patientèle des spécialistes libéraux peuvent correspondre aux aires de maillage des CPTS. ». En effet, cette démarche se base sur une vision selon laquelle la CPTS est « l'échelon d'accès aux spécialistes »⁶⁸, un échelon plus large que celui de l'accès aux généralistes ou aux autres professions de santé qui « fait émerger que des territoires de soins primaires, nécessairement plus restreints géographiquement, et limités à une échelle locale. » Ainsi, selon cette vision, la CPTS est un dispositif dont l'objet principal est d'articuler les soins primaires au second recours de ville, avec une volonté de proposer une alternative à la médecine spécialisée hospitalière, présentée comme concurrente⁶⁹. Plus précisément, cinq spécialités à « échelle d'attractivité infra-départementale » sont identifiées⁷⁰ et choisies pour l'étude, permettant d'obtenir un maillage plus large que celui des soins primaires en restant « opérationnel ».

« [...] les généralistes, en fait, ils sont là, ils ont leur territoire, et leur territoire, c'est la maison de santé pluridisciplinaire. Donc il y avait quelques maisons de santé et il fallait un échelon supplémentaire qui était échelon d'accès aux spécialistes. »

Entretien, Dominique F, élu-e URPS-médecins

⁶⁷ Leur posture est double, toutes deux salariées de l'URPS-médecins à la parution de cet article, elles ont respectivement une formation de géographe et de politiste et sociologue. Leur travail se fait sous la direction de Raphaël Rogez, président de l'URPS. Le fait qu'il soit neurologue est pointé par plusieurs personnes rencontrées comme ayant joué un rôle probable dans la place centrale consacrée aux médecins spécialistes dans cette approche.

⁶⁸ Entretien, élu-e URPS. Les autres citations du paragraphe sont issues de l'article.

⁶⁹ Cette vision semble influencée par une opposition historique entre médecine de ville et médecine hospitalière, particulièrement prégnante dans les années 80-90, où l'offre médicale était nettement plus abondante.

⁷⁰ Dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL et radiodiagnostic. Les deux autres catégories sont les spécialités « départementales » et « régionales »

Le deuxième choix fait dans cette approche est de recourir à des flux de consommation et donc de délimiter de nouveaux territoires à partir de l'offre existante. Le recours à ces flux,

que j'aborderai dans la partie suivante, présente l'avantage pragmatique, pour un dispositif centré sur l'implication des *libéraux*, d'identifier des zones au sein desquelles ils sont présents.

Cette force étant aussi sa faiblesse, elle est mise en défaut là où l'offre se raréfie, comme on peut le constater sur la carte ci-contre, avec des territoires de CPTS qui s'étendent et dont les contours perdent en précision (« Plus les couleurs sont pâles, plus les flux de patientèle se scindent vers différents pôles en fonction des différentes spécialités. » (Rogez et Bouygard 2019).

Pour ces raisons, les autrices de l'article cité ci-dessus expliquent que cette approche a été complétée par des débats « avec l'ensemble des professionnels de ces territoires, donnant lieu à des modifications parfois importantes par rapport à la modélisation proposée par la carte. »

Sur le plan opérationnel, des salarié-es et représentant-es de la fédération des URPS se sont rendu-es sur ces zones identifiées afin de tenter d'y impulser une dynamique au sein d'une équipe porteuse. Lorsque des représentant-es d'URPS étaient présent-es sur les territoires préfigurés, ils ont servi de relai et eu des rôles au sein des équipes porteuses. Par ailleurs, la fédération des URPS, pour aider ces équipes dans leur lancement et constituer progressivement un réseau coordonné, a recruté des coordinateurs-rices, rémunéré-es initialement sur ses fonds propres, qu'elle a mis-es à disposition des CPTS naissantes.

Cette stratégie très couteuse s'est avérée efficace si on s'en tient au taux de couverture de la région en CPTS, rejoignant ainsi les objectifs des pouvoirs publics.

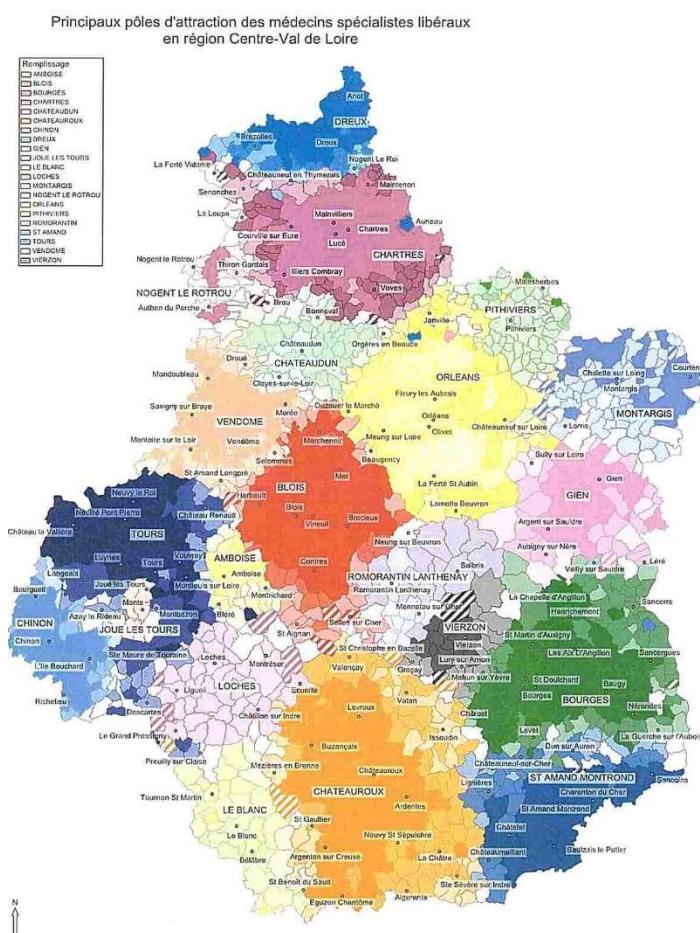


Figure n°4 – Préfigurations des CPTS en région Centre-Val de Loire (UPRS-ML)

En regardant la cartographie actuelle des CPTS de la région et en m'entretenant avec les différents acteurs impliqués, je comprends que cette modélisation a plus servi de point de départ pour initier des discussions que de réel pré-découpage.

Si certain-es personnes rencontré-es considèrent cette approche trop descendante, « politique » et médecins-centrée, une majorité des professionnel·les de santé ne s'en plaint pas et semble plutôt saluer une démarche sans laquelle ils et elles ne se seraient probablement pas lancé-es dans cette aventure.

Dans cette région, une « convention pour le déploiement des CPTS » a été signée entre la fédération des URPS et l'ARS, financée par un CPOM. C'est un fort degré de délégation des pouvoirs publics à ces unions, qui questionne sur la place des *tutelles* locales dans le déploiement des CPTS et leur délimitation. Cette place varie largement entre régions, voire entre départements, et dit beaucoup de ce que cette politique publique implique comme changements culturels et organisationnels internes.

Les tutelles

« Alors, j'ai pas voulu, psychologiquement, m'imposer un schéma pour éviter la planification, puisque c'était justement pas l'idée des textes, et c'était laissé à la main des professionnels. (...) Donc, comment ne pas planifier quand on sait faire que ça ? Ben, c'était d'écouter les textes, les laisser faire, hein ! »

Entretien, Lise H, ARS

Pour rappel, dans cette thèse, les *tutelles* fait référence, au niveau local⁷¹ aux ARS (et leurs délégations départementales) et aux CPAM, et au niveau national à la DGOS et à la Cnam. Sur les territoires où elle est présente, la MSA joue un rôle dans le déploiement des CPTS que j'ai peu étudié et ne traiterai pas dans cette thèse.

Lise H résume très bien une problématique centrale rencontrée par les *tutelles* dans le déploiement des CPTS « Comment ne pas planifier quand on sait faire que ça ? »

Comme pour les professionnel·les, ce nouveau dispositif nécessite un changement de posture, et même de culture professionnelle. Il ne s'agit pas ici d'appliquer des modèles venant « du national », car ils n'existent pas, ni de laisser totalement faire les

⁷¹ Infranational : régional et départemental

professionnel·les, car les CPTS remplissent des missions de services public et sont financées pour cela.

L'enjeu est de trouver une voie médiane nouvelle d'accompagnement des professionnel·les et de leurs projets, dans laquelle les *tutelles* locales ont une grande marge de manœuvre, leur organisation interne étant libre (Gauthier 2021). Il leur faut pour cela modifier leur mode de fonctionnement et recruter des nouveaux profils. L'Assurance maladie a créé le poste de référent·e des organisations coordonnées (Roc), censé incarner cette transformation, occupé par des agent·es aux profils très variés. Cette nouvelle manière de travailler, qui implique un rapprochement des professionnel·les de santé et un suivi de projets, est similaire à celle décrite par Isabelle Bourgeois, Noémie Morize et Cécile Fournier à propos des équipes suivant les expérimentations « article 51 »⁷² au sein des administrations. Les agent·es « apprennent à changer de posture, passant d'un rôle de contrôle de conformité à celui d'accompagnement de projet. Ils se construisent ainsi un cadre cognitif « en marchant », issu de leur expérience. » Cet apprentissage est source de tensions, comme je le perçois dans le discours de Lise H, « entre des réflexes bureaucratiques descendants de contrôle de conformité et une nouvelle posture institutionnelle (...) de recherche d'aboutissement de projet. » (Bourgeois, Morize, et Fournier 2021).

S'il n'existe pas de planification concernant le déploiement des CPTS, le processus d'accompagnement de leur création et le rôle de chaque acteur dans celui-ci sont détaillés dans une instruction conjointe rédigée par la DGOS et l'Assurance maladie en 2019⁷³. Une telle collaboration opérationnelle entre ces deux organismes est inédite, et représente une rupture avec leurs fonctionnements historiques.

« On avait prévu de faire un tour de France pour vendre l'accord à deux voix, Cnam et DGOS, ce qui était assez rare d'ailleurs dans l'histoire des relations entre ces deux maisons. (...) C'était assez nouveau aussi qu'on soit bras-dessus-bras-dessous, sur l'instruction des dossiers, la lettre d'intention, le projet de CPTS, puis après la contractualisation avec l'Assurance maladie. »

Entretien, Jean M, Cnam

⁷² Article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

⁷³ Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé. Au sein de l'Assurance maladie, ce type de documents est appelé « Lettre réseau »

En effet, cette instruction souligne l'importance qu'ARS et Assurance maladie soient associées à chaque étape du processus.

En interne également, le travail avec les CPTS implique une plus grande transversalité entre les services. Sandrine A, qui travaille à la Cnam, le souligne (« [Avant], chacun travaillait sur son sujet ») et fait lors de notre entretien un parallèle entre le virage de l'exercice coordonné pris par les professionnel·les de santé et celui être pris au sein des *tutelles*.

« Eux [les PS], ils prennent un virage [celui de l'exercice coordonné] et nous, il faut qu'on le prenne aussi, parce que sinon, on n'est plus cohérent pour les accompagner, on l'est moins en tout cas. »

De façon concrète et opérationnelle, des comités locaux sont mis en place au niveau départemental, dont la composition n'est pas imposée par *le national*. En pratique, on y trouve généralement, en plus des ARS et CPAM, des représentant·es des professionnel·les (URPS, ordres), des collectivités territoriales, des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ces comités ont pour missions de suivre le déploiement des CPTS dans le département, notamment de discuter des projets naissants à partir de leur lettre d'intention, d'évoquer les éventuelles difficultés et conflits sur le terrain.

Ces organisations libres varient dans leur composition et leur mode de fonctionnement, mais une tendance semble se dégager : l'ARS gère principalement la partie préalable à la signature du contrat et la CPAM la suite.

En effet, c'est le directeur ou la directrice de l'ARS qui valide⁷⁴ le projet de santé des CPTS et la CPAM, en tant qu'organisme financeur, qui mène les dialogues de gestion annuels. Il revient donc à chacune de ces deux institutions de fournir un effort d'inclusion de l'autre dans les étapes qu'elle dirige. Cet effort est variable entre les départements et régions. Concernant la délimitation du territoire des CPTS en cours de création au cours de la phase initiale de déploiement, il ressort de cette étude que l'ARS joue le rôle principal.

« Donc, nous, on n'était pas acteurs avant. Tant qu'on finançait pas, finalement, on n'a pas forcément été associés aux discussions. »

Entretien, Claire P, CPAM

⁷⁴ Par non-opposition dans les deux mois suivant le dépôt du projet de santé (article 1434-12 du Code de la santé publique).

« Je ne pense pas que notre avis aurait compté à ce moment-là. Parce que vraiment, l'idée c'était de... De faire sortir de terre des CPTS. »

Entretien, Diane V, CPAM

L'article 1434-12 du code de la santé publique précise que pour s'opposer à la validation du projet de santé d'une CPTS, le directeur ou la directrice de l'ARS se fonde « sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. »

Afin de prévenir de telles situations, il est demandé aux CPTS de fournir en premier lieu une lettre d'intention. L'examen de cette lettre offre à l'ARS une opportunité d'intervenir sur la délimitation du territoire.

« On a quand même une ARS un peu interventionniste sur les territoires. Donc ils se servent du passage de la lettre d'intention pour corriger un territoire, regarder si c'est cohérent. »

Entretien, Gilles D, consultant en santé

Plutôt que de réfléchir à un pré-découpage, il s'agit plutôt pour ces comités (ou l'ARS seule, selon le niveau de partage des décisions) de corriger ce qu'ils perçoivent parfois comme des aberrations, ou, plus souvent, d'inciter les équipes porteuses à inclure des communes mitoyennes dont il est craint qu'elles soient très difficilement couvertes sinon.

Toutefois, le plus souvent, les *tutelles* interviennent peu, conformément à la façon dont ce pilotage a été pensé au niveau national.

« On [Cnam et DGOS] leur a dit [aux ARS et CPAM] (...) “Ne faites pas une *carto* à priori. Ce n'est pas à vous de faire une carte en disant ‘Voilà les CPTS qu'on veut.’ Vous devez avoir, peut-être, une carte en tête, mais vous l'opposez pas. Et, en revanche, quand vous voyez arriver une CPTS qui n'est pas exactement dans la configuration territoriale que vous aviez imaginée, vous vérifiez juste que c'est pas déconnant. Et, à un moment donné, si vous voyez des CPTS se superposer avec des petites *zones blanches* ou au milieu, il y a le truc que personne ne veut, vous devez dire « Ecoutez, là, les gars, désolé, mais on peut pas laisser des trous, des confettis, dans le truc.” »

Entretien, Jean M, Cnam

En effet, certains entretiens montrent bien que, s'ils ne les « opposent » pas, les agent-es de ces administrations ont parfois un avis sur ces délimitations. C'est ce qu'Elodie L., coordinatrice de CPTS, met en lumière lorsqu'elle m'explique qu'ARS et CPAM ont été surprises au moment de l'inclusion de deux communes limitrophes à leur CPTS.

« Ils [ARS et CPAM] ont dit « Ah mais pour nous ça c'était la CPTS de Poming quand il y en aurait une. » Et donc ça prouve bien qu'ils ont des petits schémas. »

Et ces schémas peuvent avoir des conséquences concrètes sur la délimitation finale des CPTS, notamment lorsque les *tutelles* tentent d'impulser une dynamique de création de CPTS et proposent « un rayon d'invitations ». Elodie L continue ainsi :

« Ils ont des préfigurations, effectivement, de ce que pourrait être le territoire complètement maillé. Et ça s'illustre quand il y a des premières réunions qui sont faites. Ils vont pousser à inviter telle communes, *et cætera*. C'est eux qui vont peut-être, avec l'équipe pilote, (...) proposer le rayon d'invitations. »

Cependant, dans la grande majorité des cas observés, les équipes porteuses ne semblent pas avoir subi de pression de la part des *tutelles* au cours de la phase initiale de déploiement des CPTS étudiée dans cette thèse.

« Mais l'ARS, à l'époque, se fichait pas mal de territoires qui seraient proposés, au final. L'ARS n'avait pas de *carto* secrète dans un tiroir sur laquelle il fallait quand même essayer de se calquer. Ils ont vraiment laissé carte blanche, en fait. Ce qu'ils voulaient c'était que ça fonctionne. »

Entretien, Christine G, ARS

Cette mise en retrait est assumée au niveau central, comme nous l'avons vu au début de cette partie. À l'échelle locale, elle offre un certain confort aux agent-es, en leur permettant d'éviter de traiter un sujet sensible pour lequel aucun outil n'est disponible.

« C'est forcément légitime, puisque c'est eux qui ont décidé, pour eux. C'est pas complètement neutre, du point de vue des pouvoirs publics, d'avoir laissé cette possibilité. C'est, qu'en fait, c'est inattaquable, du coup, le territoire de CPTS. C'est pas nous qui avons décidé. Donc on peut pas nous le reprocher. Non mais c'est con

mais c'est vrai. Globalement, je pense que c'est une des clés de la réussite du dispositif, ça n'aurait jamais marché sans, je pense. »

Entretien, Audrey E, DGOS

Cet extrait rappelle le contexte dans lequel la LMSS a créé les CPTS, après une première proposition d'un service public territorial de santé (SPTS) découpé par les ARS. La violence avec laquelle cette proposition a été rejetée par les syndicats de médecins libéraux a laissé des traces dans les esprits des agents d'administration, ce qui se ressent dans leur posture. En effet, ils et elles craignent en permanence qu'il leur soit reproché de tenter d'imposer un modèle aux *libéraux*.

Toutefois, si les équipes porteuses sont libres dans la façon dont elles conçoivent leur CPTS, une pression pèse sur les administrations locales pour que le taux de couverture évolue rapidement. Les enquêté-es me rapportent « la politique du chiffre » qu'il leur est demandé de poursuivre, et l'absence d'attentes précises concernant les caractéristiques des CPTS, en termes de délimitation mais pas seulement⁷⁵, facilite cela.

« Ce que j'ai vécu, c'est, en 2019, l'injonction des pouvoirs publics à signer des contrats ACI et des projets de santé CPTS assez rapidement, avant Noël 2019. Il y avait quand même une grosse grosse pression au niveau des institutionnels. Je pense que, par contre, il y a des projets de santé qui n'ont pas pris le temps d'être travaillés suffisamment. (...) Peut-être que si on prend plus de temps à travailler son projet de santé, on se rend compte que la géographie n'est pas exactement la bonne... C'est possible. Pour autant, oui, je pense que les douze premières CPTS qui ont été signées fin 2019 ont été signées au pas de charge. (...) J'ai pris mon poste et, un mois plus tard, on disait, "Voilà, là, on n'a que trois CPTS, il en faut 'Je sais pas combien' avant la fin de l'année" »

Entretien, Christine G, ARS

Il apparaît assez clairement que l'accent est mis sur le taux de couverture en CPTS plutôt que sur leur qualité, d'autant que celle-ci n'est pas définie par les pouvoirs publics. Les *tutelles* en laissent l'appréciation aux professionnel·les de santé, sur qui elle font peser une partie de leur responsabilité.

⁷⁵ On pourrait également s'intéresser, de la même manière, au mode de gouvernance des CPTS.

« “Vous savez que vous avez une responsabilité sur ce maillage et vous savez, qu'en tant que CPTS bien, il va falloir éviter les chevauchements et les *zones blanches*.” Quand on revient vers eux en leur disant “Attention, il y a une *zone blanche*.” Bah... Ils se sentent concernés quelque part. »

Entretien, Lise H, ARS

Toutefois, dans certaines régions, les *tutelles* se penchent de façon plus globale sur les possibles délimitations des CPTS. C'est le cas de l'ARS Paca, qui missionne l'Observatoire régional de santé (ORS) pour imaginer un prédécoupage.

L'observatoire s'inspire de la méthodologie « URPS Centre-Val de Loire » présentée plus haut, en ayant également recours à des flux de consommation, et produit, en 2020, un outil à destination des CPTS accessible en ligne⁷⁶ (ORS Paca 2019). La façon dont ces flux sont mobilisés sera abordée dans la partie suivante.

En allant à la rencontre de plusieurs acteurs de terrains, je constate que cette cartographie a en pratique assez peu été utilisée par les porteurs-euses de projets de CPTS qui n'en connaissent généralement pas l'existence. Ces préfigurations ne leur ont pas été imposées, ni même suggérées. Elles répondent à une commande de la direction de l'ARS et semblent plutôt avoir été proposées en cas de difficultés à délimiter le territoire de certaines CPTS, sans que des exemples concrets d'utilisation n'aient pu être relevés.

Dans une autre région, une ARS a une position directive qui ne concerne pas directement les délimitations des CPTS mais qui les influence. Un mode de gouvernance semble être imposé aux CPTS naissantes, qui doivent prévoir plusieurs collègues et ainsi inclure, en plus des *libéraux*, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les dispositifs de coordination, les élu-es et les représentant-es d'usagers. Même si cette approche n'exclut pas que ces partenaires soient intégrés une fois la délimitation fixée et n'aient qu'un poids limité dans la gouvernance des CPTS, elle pourrait aussi favoriser des discussions en amont sur le périmètre couvert. Elle pourrait également inciter l'équipe porteuse à inclure des communes initialement écartées, afin de compléter ces collègues.

N'ayant pas effectué d'étude approfondie dans cette région, je ne suis pas en mesure d'observer les implications de cette approche de l'ARS sur les délimitations des CPTS. Toutefois, il me semble intéressant de l'aborder ici pour souligner le lien entre jeu d'acteur

⁷⁶ <https://orspaca.org/rapports/cartographie-des-flux-de-patients-un-outil-au-service-des-communautes-professionnelles> [version du 20/08/2025]

et délimitation de l'espace, d'autant que les acteurs mentionnés ici sont habituellement exclus des processus de création des CPTS et de leur délimitation.

Les absent-es

Dans cette sous-partie, je m'intéresse à celles et ceux qui n'ont pas de rôle significatif dans les processus de création et de délimitation des CPTS. Cette liste n'est pas exhaustive et comporte une part de subjectivité car il s'agit là des principaux acteurs dont il me semble qu'ils auraient pu jouer un rôle dans ce processus. Par ailleurs, il existe certainement des contre-exemples dans lesquels ces acteurs ont eu une place importante, mais, grâce à l'étude de cas répartis dans quatre régions différentes et au niveau national, je peux conclure qu'il s'agirait de cas marginaux.

Les bureaux d'étude

Parmi les absent-es, les bureaux d'étude⁷⁷ occupent une place particulière. En effet, ils n'appartiennent pas à l'écosystème local car leur mission d'accompagnement est ponctuelle. Cependant, il m'a semblé indispensable de m'intéresser à leur place dans la délimitation des CPTS car ils jouent un rôle majeur dans les processus de création des CPTS.

En effet, un grand nombre d'équipes porteuses de CPTS se fait accompagner par des structures spécialisées au cours du montage de leur projet. Les principales attentes des équipes porteuses vis-à-vis des bureaux d'étude sont la réalisation du diagnostic territorial et l'aide à la rédaction de la lettre d'intention puis du projet de santé de la CPTS.

Les *libéraux* qui n'ont généralement pas d'expérience dans ce domaine⁷⁸ se sentent déboussolés et voient souvent ce travail comme des « lourdeurs administratives », considérant qu'elles doivent être confiées à d'autres.

« Mais moi, je ne sais pas écrire un projet, en fait. Et puis, ça m'intéresse pas du tout. Pas du tout, pas du tout ! Moi, j'ai des envies de choses à développer, j'ai... Voilà ! J'ai mon expertise en tant que professionnelle de santé à apporter, mais écrire des projets, ça m'intéresse pas. »

Catherine V, médecin généraliste

⁷⁷ A noter que ces fonctions peuvent être assurées par les associations d'accompagnement émanant des URPS évoquées dans la sous-partie précédente.

⁷⁸ Les *libéraux* porteurs de MSP doivent également déposer un projet de santé à leur création, et sont plus expérimentés dans cet exercice.

A contrario, certain-es professionnel·les rencontré·es, comme Stéphane M (« On veut participer à ce diagnostic de territoire ! (...) C'est ce qui nous a permis de nous impliquer vraiment sur ce territoire ») préfèrent participer activement à la rédaction de leur projet de santé qu'ils et elles voient alors comme une manière de s'emparer du dispositif et de l'incarner.

Le diagnostic territorial qui sera finalement inclus dans le projet de santé est une des premières missions remplies par les bureaux d'études. Il s'agit de caractériser la population habitant sur la zone couverte, son état de santé, et l'offre de soins à laquelle elle a accès.

De cette caractérisation est censé émerger ensuite le projet de santé, afin de répondre aux problématiques identifiées. L'Assurance maladie met à disposition des porteurs·euses un outil appelé Rezone CPTS, disponible en accès libre sur son site⁷⁹, qui permet de se faire une idée des attendus du diagnostic territorial.

Après avoir sélectionné les communes de la CPTS en cours de construction, l'outil fournit une « simulation territoriale » qui comporte notamment les informations suivantes, en précisant chaque fois la moyenne régionale comme point de comparaison.

- Répartition par âge, part de la population atteinte d'une affection longue durée (ALD), part de la population bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (CSS).
- Part de la population sans médecin traitant, nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations directes (sans passage par les urgences).
- Prévalence des pathologies chroniques (ALD) les plus répandues.
- Taux d'antibiorésistance, de dépistage des cancers, de vaccination, de polymédication, de recours aux médicaments psychotropes.
- Nombre de professionnel·les conventionné·es exerçant sur le territoire délimité (absolu et par habitant) et leur activité (nombre d'actes), nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le déroulement de ce processus me semble intéressant. Il est nécessaire de délimiter la CPTS sur l'outil Rezone, présenté sous forme de carte, en cliquant sur les communes ciblées, afin de pouvoir accéder à la simulation. Je constate au cours de mon enquête que c'est identique à ce qu'il se passe dans la réalité.

⁷⁹ <https://rezonecpts.ameli.fr/> [version du 09/07/2025]

« Mais c'est vrai qu'à posteriori, quand je vois, nous, comment on a pensé notre territoire et puis, finalement, ce qu'on en sait maintenant, voilà... On n'avait pas toutes les données. Donc c'est dommage. Il faudrait presque avoir ton diagnostic de territoire avant de lancer ton territoire, ça pourrait être intéressant. »

Entretien, Julien P, médecin généraliste

Les consultant·es que je rencontre me confirment qu'ils et elles sont sollicité·es une fois le territoire délimité.

« Non, on m'a jamais sollicitée pour délimiter un territoire. Quand je suis arrivée, le territoire était quasiment ficelé et quand on [le bureau d'étude] répondait à l'appel d'offre, on nous disait "Il y a une vingtaine de communes, enfin y'a ces communes-là, et on va travailler sur ce territoire-là." Et j'ai l'impression que ça avait été déjà... En fait, quand le porteur amène sa lettre d'intention devant la [CPAM] et l'ARS, j'ai l'impression qu'il a déjà prédéterminé un territoire qui est validé avec la CPAM et l'ARS, voire un tout petit peu modifié en disant "Ce serait bien quand même que vous preniez cette ville où ce village à côté, ou ce territoire, parce que sinon il va se retrouver hors- CPTS." Mais moi, je suis jamais intervenue sur cette thématique. »

Virginie F, consultante en santé

Elle souligne l'importance des relations entre porteurs·euses dans ces processus de création et de délimitation des CPTS.

« Voilà donc tout ça, c'est des émotions. C'est pour ça que je parlais d'accompagnement au changement, et je pense qu'un diagnostic, c'est pas ça. C'est une base, mais l'enjeu c'est de permettre à des professionnels qui ne se connaissent que de loin d'arriver à avoir un projet commun. Et ça, ça passe par la gestion de ce que l'humain te donne sur le territoire. »

Des relations qui prévalent donc sur une approche partant de l'étude des caractéristiques, besoins et pratiques de la population qui se baserait sur des outils tels que le diagnostic territorial. Un diagnostic auquel on peut d'ailleurs faire dire plus ou moins ce que l'on veut selon la façon dont on l'utilise.

« J'ai travaillé également sur une CPTS où la ville était coupée en deux. (...) On peut tout le temps justifier, hein ! Et dans le diagnostic, j'ai sûrement trouvé des arguments pour justifier. »

Ainsi, le diagnostic territorial apparaît comme une étape obligatoire à la formalisation d'un projet de CPTS déjà pensé et délimité par les porteurs-euses au moment où ils et elles sollicitent un bureau d'étude. Il ne semble pas être utilisé pour penser le territoire de la CPTS à priori, dans le but de le rendre plus homogène. Les bureaux d'étude ne jouent donc généralement pas de rôle dans cette étape.

Ce diagnostic constitue toutefois l'occasion d'identifier les acteurs présents sur le territoire, à qui les porteurs-euses peuvent choisir d'accorder ou non une place dans la CPTS. Lorsqu'ils sont associés en amont, avant la signature du contrat, aux discussions de préfiguration, et qu'une place significative leur est reconnue (avec un rôle décisionnaire dans la gouvernance plutôt qu'un simple rôle consultatif), on peut alors supposer qu'ils contribuent réellement au processus de création et de délimitation.

Parmi ces acteurs, le premier évoqué par les enquêtés est généralement l'hôpital.

Les hôpitaux

« En tout cas, moi, ce que je peux dire à ce stade, c'est qu'il n'y a jamais eu de concertation sur cette territorialisation, sur les périmètres géographiques des CPTS. Le CTS [conseil territorial de santé] n'a pas été sollicité... Les hospitaliers n'ont pas été sollicités... Non, c'est pas une critique des CPTS, c'est simplement comme quand l'ARS a fixé les périmètres des GHT, je suis pas sûr qu'ils aient engagé un système de concertation avec la ville pour savoir si c'était pertinent. (...) En tant que directeur d'établissement support, moi, en tout cas, ce que je peux dire, c'est que je n'ai pas été associé, que je ne sais pas de manière certaine qui a arrêté ces périmètres de CPTS et que j'ai plutôt le sentiment que ça a été co-construit entre les libéraux et l'ARS en laissant une grande marge de manœuvre aux libéraux. »

Entretien, Nicolas S, directeur d'hôpital

La situation me semble très bien résumée dans cet extrait. En effet, si on prend un peu de recul sur cette démarche de territorialisation, il est nécessaire d'analyser conjointement la délimitation des GHT et celle des CPTS, issues d'une même ambition.

Comme évoqué dans l'introduction, la LMSS propose un système territorial double, hôpital d'un côté et ville de l'autre, sans articulation claire. La façon dont Nicolas S décrit le déploiement de ces deux systèmes est édifiante. On a demandé à « l'hôpital » de délimiter les GHT et à « la ville » de délimiter les CPTS, sans concertation.

Cependant, l'offre hospitalière influence largement la façon dont sont pensés les territoires des CPTS par les équipes porteuses. En effet, lorsque les professionnel·les que je rencontre remplissent les cartes que je leur donne en début d'entretien, l'hôpital figure toujours parmi ce qui est placé en premier, et lorsqu'il n'y a pas d'hôpital sur le territoire, comme c'est le cas pour une des CPTS enquêtée, c'est le premier élément évoqué. La présence d'un hôpital sur le territoire est souvent présentée comme une condition quasi *sinequanone* au bon fonctionnement de la CPTS et le déploiement de ce dispositif comme une opportunité de se rapprocher, de développer le lien ville-hôpital.

« Je pense qu'il faut absolument qu'il y ait l'hôpital, d'une façon ou d'une autre. Alors, ça peut être d'abord sur un projet et puis après, voilà. Parce que le parcours, il n'y a pas de porte, il n'y a pas de limite. Un patient, à un moment, il faut qu'il soit hospitalisé, potentiellement. »

Entretien, Audrey E, DGOS

Par ailleurs, la dynamique de regroupement en inter-CPTS que j'aborderai dans la dernière partie est largement influencée par le besoin ressenti de pouvoir s'articuler avec l'hôpital via un interlocuteur unique représentant les CPTS.

Mais je ne vois pas, au cours de mon enquête, d'exemple où l'hôpital est inclus dès le processus de création de la CPTS. Il est fréquent qu'il soit intégré dans sa gouvernance une fois la création terminée. Le territoire est donc pensé par les porteurs·euses de CPTS en prenant en compte l'hôpital mais pas avec celui-ci.

Toutefois, un médecin rencontré présente une approche différente qui, même si elle semble marginale, est utile pour mieux situer le déploiement des CPTS.

Imprégné d'une culture syndicale libérale conservatrice, il présente les CPTS comme une opportunité pour le monde libéral de se structurer non pas avec l'hôpital mais en face de lui.

« La CPTS c'est le moyen de lutter contre la mainmise de la FHF [Fédération hospitalière de France]. On était dans une guerre, entre guillemets, avec les hôpitaux

depuis... J'ai connu les urgences en 98 qui ont ouvert, qui sont spécialisées, qui ont bouffé toute l'activité de garde des médecins généralistes. Et après, on a voulu culpabiliser les médecins généralistes en disant qu'ils faisaient plus de garde. À l'époque, il y avait plus de malades, les gens n'étaient plus là, ils n'avaient plus rien à faire. Tous les gens allaient aux urgences avec une certaine concurrence déloyale, si je puis dire, puisque dans les urgences, les gens ne payent pas directement, au lieu d'appeler les gars la nuit... Et puis, la visite de nuit coûte cher. Aujourd'hui, ça doit être 80€, ou un truc comme ça, avec tous les suppléments. Donc j'ai connu cette période-là, donc je savais le danger des choses. Moi qui suis profondément libéral, j'ai donné les moyens au monde libéral de... combattre. Donc, aujourd'hui, ils siègent dans les bureaux, théoriquement, ou dans les conseils d'administration, ou au moins dans la CME des hôpitaux. Je sais, il y a des échanges, les gens se connaissent mieux. Il y a, du coup, un respect réciproque. »

Entretien, président d'URPS-médecin

Comme étape importante de cette « guerre », il évoque notamment la combinaison, dans les années 70-90, de l'augmentation des postes de médecins salarié-es à l'hôpital, à la restriction du nombre de médecins formé-es avec l'abaissement progressif du *numerus clausus* dont le but aurait été « d'affamer les cliniques »⁸⁰.

Même s'ils ne participent pas à la délimitation des territoires, il me semble intéressant de connaître le regard des hôpitaux sur la délimitation des CPTS. Et Nicolas S dénonce le manque de concertation.

« Ce qu'il faut, c'est peut-être renforcer la concertation quand on fait une délimitation, dans un sens ou dans un autre d'ailleurs. Renforcer la concertation et puis élargir la question du périmètre à des filières de soins, pour croiser les regards et faire un zonage, pour que ce soit plus fin que juste des communes qui s'additionnent ou des médecins qui s'additionnent. Ca vaut pour le GHT, hein. »

Nicolas S, directeur d'hôpital

Nicolas S regrette que l'absence d'articulation entre ville et hôpital ne risque de réorienter les flux de consommation de soins, en orientant des usagers vers un autre hôpital que celui

⁸⁰ La posture du médecin enquêté semble biaisée, la diminution du *numerus clausus* ayant été largement soutenue par une partie des représentant-es des médecins libéraux-ales, dans le but de préserver leurs intérêts économiques (Déplaudé 2018)

où ils se seraient rendus spontanément avant la création de la CPTS. Si elle semble aujourd'hui loin d'être fondée, cette crainte illustre bien la question du regain de pouvoir que le déploiement des CPTS pourrait représenter pour la ville dans la structuration globale de l'offre de soins. Au cours de notre entretien, il évoque le cas d'une CPTS située à cheval sur deux départements, entre celui de son hôpital et un département voisin où est situé un CHU vers lequel il craint que les usagers ne soient réorientés.

« Sur le plan politique, (...) la parole que je porte, c'est « Les gens de chez nous sont soignés chez nous ». Ça peut paraître basique, franchouillard, tout ce qu'on veut, mais je pense que c'est un élément fédérateur parce que, quels que soient les métiers qu'on fait, les gens sont très attachés à leur territoire. (...) Et c'est pas en faisant des montages qui, d'un point de vue micro, sont peut-être légitimes pour les acteurs [mais qui] peuvent être préjudiciables à un territoire de santé. Donc, sur Ernemps, je comprends, moi, au niveau *micro*, leur truc. Et c'est cohérent, il y a une proximité, il y a des affinités, sauf que, sur un territoire de santé, ça peut déstructurer une offre de santé, parce que l'adressage, il n'est pas au service du [département]. Donc faisons attention, dans nos découpages, à conforter et développer chaque territoire, parce que, là, ça peut être dangereux. (...) Je considère, que ce soit niveau GHT, MSP, CPTS, qu'on doit faire tout ce qui est possible pour soutenir [le département]. Et puis après, ce qui n'est pas possible, s'il n'y a pas la réponse dans le territoire, d'être en inter-départemental, et ce qui est pas possible en inter-départemental, en régional et inter-régional. Il faut commencer... C'est la base, quoi ! (...) Quand on regarde l'activité de notre hôpital, pour pas le citer, il y a des fuites de patientèle⁸¹ sur des spécialités pour lesquelles on a une offre. Ça ne me gêne pas quand il n'y a pas d'offre, mais ça me gêne quand il y a une offre. Parce que, moi, je sais que, si, à un moment donné, les médecins libéraux·ales adressent au CHU, ils n'adressent pas à l'hôpital. S'ils n'y adressent pas à l'hôpital, il n'y a pas d'activité à l'hôpital, s'il n'y a pas d'activité à l'hôpital il n'y a pas les moyens à l'hôpital. Alors je peux comprendre que, d'un point de vue *micro*, c'est proche d'eux, ils ont l'habitude, culturellement de... Mais c'est pas dans l'intérêt du [département] ! (...) C'est pour ça que la défense du département, elle est fondamentale, quoi ! »

Entretien, Nicolas S, directeur d'hôpital

⁸¹ Une « fuite de patientèle » qui n'a pas été modifiée par l'apparition des CPTS à la date de l'entretien, admet Nicolas S.

Tout comme Dominique F, Nicolas S souligne l'importance de l'adressage vers le second recours par les médecins généralistes, et donc l'influence de la CPTS qui les coordonne (pour adresser en interne vers des spécialistes libéraux ou vers un hôpital plutôt qu'un autre).

Le fort attachement de Nicolas S à l'échelon administratif du département, plutôt qu'à l'aire d'attraction hospitalière, est révélateur. Comme je l'ai évoqué en introduction, le département constitue l'échelle privilégiée par les directeurs et directrices d'ARS pour délimiter les conseils territoriaux de santé (CTS), instances dites de « démocratie sanitaire » chargées d'élaborer et de suivre les projets territoriaux de santé (déclinaisons du projet régional de l'ARS). Ces conseils rassemblent l'ensemble des partenaires-clés (cf. liste en introduction), ce qui éclaire sans doute la préférence de Nicolas S pour cet échelon. Les élus y jouent un rôle notable, que j'ai pu constater lors d'une réunion du conseil à laquelle Nicolas S m'a convié.

Les élus

« En tout cas, [dans notre région]... Y'a zéro élu territorial qui a participé à la constitution des CPTS, hein ! Ça n'a pas existé. Y'a pas eu de collaboration des élus territoriaux sur la construction des CPTS. (...) Y'a pas eu d'influence, à mon sens, majeure, sur ce découpage de CPTS, puisque les élus territoriaux, maintenant encore, ne savent pas ce que c'est qu'une CPTS. »

Entretien, Christophe S, élu URPS-médecins

En effet, au cours de la phase initiale de déploiement des CPTS, les maires semblent ne pas identifier les CPTS. Lorsque c'est le cas, ils et elles souhaitent que leur commune en dispose d'une, dans un contexte de difficultés d'accès aux soins de leurs administrés face auxquelles ils et elles sont démunis.

« SB : Normalement, la santé fait pas partie des missions des mairies. L'hygiène, oui, la sécurité, oui, mais pas la santé. Deux, il y a un contexte, quand même, général, qui est celui de la démographie médicale, avec une pression des populations pour avoir des médecins (...). Donc ils vont voir qui ? Ils vont voir le maire. Ils écrivent, ils gueulent, ils poussent. Ils poussent, donc il faut que le maire, il réponde un peu sur la santé. (...) Les maires ont quand même intérêt à pouvoir réagir face à leur population, mais ils ont pas la possibilité de fabriquer des médecins, donc ils sont quand même un peu dans la merde.

HP : Pour répondre aux administrés, il y a certaines communes aussi qui utilisent la CPTS comme objet politique, faut être conscient de ça. »

Serge B, médecin généraliste et Hugues P, pharmacien

Jusqu'ici, les principales mesures que pouvaient prendre les maires pour tenter d'inverser cette tendance de désertification et montrer à leurs administré-es qu'ils et elles se saisissent de cette problématique étaient de proposer des incitations financières ou matérielles⁸² aux soignant-es, et plus particulièrement aux médecins, afin de les attirer pour qu'ils s'installent sur leur commune.

En parallèle de ces incitations, qui s'ajoutent à celles proposées par l'Assurance maladie (mais pas seulement), et qui leur permettent d'avoir un effet sur l'offre de soins, les collectivités territoriales peuvent élaborer directement des politiques de santé à leur échelle, via les contrats locaux de santé (CLS) signés avec l'ARS⁸³. Ces contrats, « portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » sont articulés avec les projets régionaux de santé des agences. L'échelon des CLS est généralement intercommunal, au niveau de l'EPCI, qui émerge d'ailleurs également, dans l'ensemble des terrains enquêtés, comme l'échelon de partenariat entre CPTS et collectivités territoriales.

Malgré les sommes allouées, ces contrats ne permettent pas de répondre à cette attente de la population qui « veut des médecins » et les projets envisagés ne peuvent généralement pas se faire sans le concours de professionnel·les de santé.

Ainsi, il revient plusieurs fois dans mon enquête que la CPTS est parfois vue par les élu-es comme « l'effectrice » des actions du CLS, soulignant la crainte d'une concurrence.

« Notre contrat local de santé a voulu vous faire signer une convention où la CPTS était l'effecteur du contrat local de santé, aux ordres du contrat local de santé, alors qu'on n'est même pas signataires du contrat local. Ils n'ont pas voulu qu'on soit signataires. (...) Comme, encore une fois, l'être humain a tendance à pas forcément vouloir travailler avec les autres mais à plutôt développer son propre projet... Assez naturellement, il y a une concurrence qui se met en place. Et alors, chez nous, la concurrence, on l'a vraiment bien sentie, et encore maintenant, parce qu'il y a plein de personnes qui n'ont pas compris l'intérêt à travailler plutôt en synergie. Donc, on

⁸² Notamment via la mise à disposition ou la construction de locaux.

⁸³ Les CLS sont créés en 2009 par la loi HPST (cf. introduction).

s'est retrouvé, par exemple, avec des projets qu'on avait déployés et que le contrat local de santé nous a pris, tout simplement, et a déployés à notre place... »

Entretien, Julien P, médecin

Si, globalement, les élu·es ne semblent pas jouer de rôle majeur dans la création et la délimitation des CPTS, certains exemples apportent un contraste à ce constat. Lorsqu'ils et elles tentent de faire entendre leur voix aux porteurs·euses de CPTS (et à la délégation départementale de l'ARS sur un des terrains d'enquête), leurs préférences se fondent généralement sur leurs proximités avec d'autres élu·es voisin·es⁸⁴, en lien avec leur coloration politique, ou encore sur leur volonté que la CPTS s'articule avec le découpage de l'EPCI. C'est le cas de la CPTS Sud Clarens, que je développerai à la fin de cette partie. Une autre configuration, qui me semble exceptionnelle, est évoquée par Serge B en entretien. Il est médecin généraliste dans une zone urbaine très dense, où les CPTS sont composées de peu de communes très peuplées, avec une implication des élu·es qui semble plus importante. Selon lui, « chaque gros élu veut sa CPTS. » Il évoque le cas d'une commune où la mairie essaie d'être porteuse de la CPTS, via le centre de santé municipal.

« La mairie voulait sa CPTS, donc elle a appuyé sa CPTS sur le centre de santé, sans que ça vienne des libéraux, sans qu'il y ait de libéraux quasiment du tout. Et la CPTS, elle a même validé son ACI et, derrière, t'as personne ! T'as les équipes du CCAS et du centre de santé, point barre ! »

Une autre médecin rencontrée évoque les difficultés des maires à comprendre « que le territoire leur échappe au niveau santé ». Ces positionnements montrent que le déploiement des CPTS n'est pas seulement une opportunité de redéfinir le partage du « mandat » d'organisation des soins de ville entre les différentes professions de santé, et avec les *tutelles* (cf. supra), mais qu'il s'agit également pour ces élu·es d'un mandat dont ils souhaitent détenir une part. Les usagers, quant à eux, ne voient pas leur place changer.

Les usagers

Les récentes réformes sanitaires ont tenté d'introduire, en face de la responsabilité populationnelle des professionnel·les de santé, le concept de « démocratie sanitaire » ou « démocratie en santé ». C'est le cas notamment de la loi HPST (dont le « P » désigne les

⁸⁴ Il m'est rapporté sur plusieurs terrains d'enquête que des élu·es se sont montré·es réticent·es voire se sont opposé·es à ce que leur commune soit rattachée à une CPTS couvrant d'autres communes ou un EPCI dirigés par une majorité d'un bord politique différent.

« patients »), qui crée les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) où siègent notamment des représentant·es des usagers. Mais son rôle consultatif, son échelle régionale et la participation des usagers via des associations agréées en font un outil de démocratie sanitaire au moins incomplet.

Les CPTS, responsables de missions de service public, développées à l'échelle infra-départementale et à la gouvernance libre pourraient apparaître comme un outil innovant de démocratie directe dans le champ de la santé, mais ça ne semble pas être le cas à ce stade. En effet, je n'ai vu sur aucun de mes terrains d'enquête de cas où les usagers ont été impliqués dans le processus de création et de délimitation d'une CPTS (des contre-exemples existent certainement). Si les porteurs·euses invoquent régulièrement les notions de « bassin de vie », de « territoire vécu », et la meilleure prise en charge des patient·es comme moteur, ces données sont intégrées au projet via les professionnel·les.

Pour terminer ce tour d'horizon des absent·es, je souhaite aborder les structures les plus anciennes concernant la coordination en santé.

Les dispositifs de coordination

Dans les années 80-90 apparaissent les réseaux de santé, dans le but de coordonner les parcours de patient·es atteint·es de pathologies chroniques ne pouvant être entièrement prises en charge à l'hôpital, comme le VIH. Des filières s'organisent par pathologie pour articuler l'hôpital avec *la ville* et médico-social.

D'autres dispositifs voient ensuite progressivement le jour, comme les Maia, mises en place par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2008 afin de coordonner la prise en charge des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer.

Face à l'hétérogénéité de ces dispositifs et l'absence de cadre commun, deux réformes viennent successivement harmoniser cet écosystème. En 2016, la LMSS les appellent à fusionner en plateformes territoriales d'appui (PTA) puis, en 2019, la LOTSS remplace les PTA par les dispositifs d'appui à la coordination (Dac) qui peuvent également être sollicités directement par les usagers (et pas seulement par les professionnel·les de santé).

Les ARS labellisent les Dac mais ne gèrent pas directement leur création et leur gestion qui sont assurées par les dispositifs préexistants (Maia, Clic, etc.), structures associatives.

Leur délimitation est plus large, souvent départementale, et les Dac doit « apporter ses services » à plusieurs CPTS (ARS Ile-de-France 2017)

Le choix est fait, avec la création des CPTS, confiée aux *libéraux*, de dissocier cette coordination des cas complexes (cf. encadré n°6) de la coordination des offreurs de soin.

« L'histoire des réseaux de santé vers les PTA, les CPTS, je l'ai rarement entendue. Ce récit-là, c'est un récit que, moi, je raconte volontiers, parce que c'est comme ça que je le vois, mais je l'ai rarement entendu. Cette filiation, je l'ai rarement entendue »

Entretien, Luc G, président de Dac

Cette absence de continuité est pointée du doigt par plusieurs enquêté-es expérimentés, dont Serge B, médecin généraliste ayant travaillé plusieurs décennies au sein d'un réseau de santé et aujourd'hui élu d'une CPTS (« Et qui a capitalisé les 30 ans de réseau ? Personne. »)

La séparation entre ces deux dispositifs entretient une confusion pour les équipes de CPTS qui sont généralement peu familières avec cet historique de la coordination des parcours dits « complexes ». La distinction des missions du Dac et des CPTS est une source récurrente de questionnements, et fait par exemple l'objet d'un atelier dédié lors des journées nationales des CPTS en 2024. Le déploiement concomitant des deux dispositifs ne facilite pas la lisibilité de leur articulation.

Faute de cadre réglementaire prévoyant une approche intégrative, l'implication du tissu associatif de la coordination dans la création des CPTS repose sur l'initiative des *libéraux*, qui en sont généralement éloignés. Cette enquête montre que ce tissu n'y participe pas (en dehors de rares cas).

Après m'être intéressé à la place prise (ou non) par différents acteurs dans le processus de création et de délimitation des CPTS, je traiterai dans la partie suivante les dynamiques à l'œuvre dans cette délimitation.

Partie 2. Les dynamiques à l'œuvre dans la délimitation des territoires de CPTS

Pour aborder les dynamiques à l'œuvre dans les processus de délimitation des CPTS, je propose dans cette thèse une classification en quatre catégories. Malgré la difficulté d'établir un modèle pour un objet aussi protéiforme que les CPTS, j'ai pu constater que, dans chaque cas que j'ai eu l'occasion d'étudier, les arguments avancés pour expliquer la présence ou l'absence d'une commune dans une CPTS peuvent être rangés dans l'une de ces quatre catégories. Il me semble intéressant de mettre en perspective la place prise par chacune de ces quatre dynamiques dans les différents exemples, ce que je ferai à la fin de cette partie.

Les quatre catégories que j'ai identifiées pour classer les dynamiques à l'œuvre dans la délimitation des CPTS sont les suivantes :

- Les relations et organisations préexistantes entre professionnel·les de santé,
- La volonté de prendre en compte le bassin de vie des usagers,
- La volonté de restreindre ou accroître l'étendue du territoire de la CPTS imaginé dans un premier temps, notamment en raison de l'effet de seuil induit par l'ACI,
- Et enfin, les contraintes extérieures s'imposant aux porteurs·euses de projet de CPTS ainsi que la nécessité ressentie d'articuler sa délimitation à d'autres découpages.

Quatre catégories de dynamiques à l'œuvre

Relations et organisations préexistantes

« (...) Au début des CPTS, le territoire n'a été pensé par personne, parce que c'était très émergent, avec quelques projets, et sur des territoires qui n'avaient aucune autre pertinence que celle du porteur de projet qui disait "Moi, je vais travailler avec..." »

Entretien, Jean M, Cnam

En plus de renforcer l'idée développée dans la première partie selon laquelle la dimension spatiale du territoire de la CPTS est un impensé, Jean M soutient ici un argument qui est l'hypothèse de départ de cette thèse, à savoir la place prépondérante occupée par les relations entre professionnel·les dans l'initiative de création des CPTS et dans leur délimitation, donnant lieu à des « territoires d'affinités ». Dans les sections suivantes, en détaillant les autres catégories de dynamiques à l'œuvre, je chercherai à mettre en perspective cette vision, exprimée ici de façon volontairement simpliste par Jean M.

La nature (amicale, professionnelle, etc.) et l'intensité des relations entre professionnel·les de santé sont conditionnées par leur proximité spatiale. Toutefois, cette dimension ne semble être ni nécessaire ni suffisante pour les expliquer complètement.

Pour tenter de caractériser ce qui les lie, je m'appuie dans ce travail sur l'analyse de leurs proximités (et distances) aspatiales. Cette approche est issue de l'Ecole de la proximité, née dans les années 1990, qui a proposé un modèle pour « établir des ponts solides entre l'économie industrielle et l'économie spatiale/régionale » et tenter de répondre à la question suivante « Faut-il être proche pour innover ? » (Torre et Talbot 2018). Ce cadre initial a été largement dépassé par la suite et cette approche est devenue une véritable « communauté de connaissance » (Filippi, Wallet, et Polge 2018) investie par différentes disciplines. Ferru et Omer la mobilisent au sujet des CPTS en reprenant la classification des proximités aspatiales initialement proposée par Ron Boschma, figure centrale de la géographie économique et de l'Ecole de la proximité (Boschma 2004; Ferru et Omer 2021). Elles proposent d'expliquer les liens entre des professionnel·les de santé spatialement distants par des proximités cognitives, sociales, organisationnelles et institutionnelles. En effet, comment expliquer le constat que certain·es professionnel·les spatialement proches choisissent de ne pas s'associer tandis que d'autres, éloigné·es, le font ? Je le fais notamment à propos de deux des CPTS enquêtées au cours de cette étude.

La CPTS Croissant de lune⁸⁵ a inclus à une de ses extrémités plusieurs communes dont il est aujourd'hui reconnu de manière à peu près consensuelle par les différents acteurs rencontrés qu'il serait plus cohérent qu'elles soient rattachées à une des CPTS voisines. Cette inclusion, aujourd'hui vue comme artificielle, est due à la présence dans l'équipe porteuse de Marie N, une infirmière libérale, qui, malgré l'éloignement géographique, partageait avec les autres membres de l'équipes des éléments de proximité aspatiale.

⁸⁵ Quatre CPTS ont été étudiées de façon plus approfondie dans cette enquête, elles sont présentées à la fin de cette partie.

« Ça faisait déjà grand quoi. (...) Mais bon, du fait qu'il y avait Marie N qui était là, on n'allait pas lui dire "Bah non tu ne vas pas faire partie de la CPTS." Elle était quand même très moteur en plus ! (...) Je pense que, voilà, les gens qui étaient présents ont aussi un impact important sur les décisions des territoires. »

Entretien, Suzanne T, infirmière libérale

La CPTS du Val d'Isambre, quant à elle, a récupéré une partie d'une commune divisée en deux en raison de dissensions entre deux pôles de médecins généralistes. Cet exemple (exceptionnel en dehors des métropoles), est une autre illustration du fait que proximités spatiales et aspatiales ne vont pas forcément de pair.

Je me propose à présent de reprendre l'approche de Ferru et Omer pour catégoriser les éléments de proximité aspatiale que j'ai relevés lors de mon enquête.

Les communes vues avant tout comme des lieux d'exercice

« On a été beaucoup critiqués, effectivement, de mettre la charrue avant les bœufs. C'était pas comme ça qu'il fallait partir. Il fallait partir d'un projet du territoire et après, l'étendre... Venaient s'amalgamer les professionnels autour. Alors que nous, d'emblée, en fait, on s'était posé la question au niveau des professionnels de santé, s'ils devaient adhérer, s'il devait y avoir une cotisation... »

Entretien, Marie N, infirmière libérale

Dès la phase exploratoire de mon enquête, j'observe que, lorsque j'aborde avec les différents acteurs rencontrés la question des territoires des CPTS, les communes sont vues avant tout comme des lieux d'exercice de professionnel·les. C'est même leur premier critère de caractérisation. Or, ce rattachement d'entités spatiales (les communes) à des personnes (les professionnel·les) permet de comprendre que des relations interpersonnelles déterminent la délimitation d'espaces.

Lorsque je questionne les professionnel·les de santé sur les communes dont le rattachement ne semble pas leur importer, c'est-à-dire des communes qu'ils et elles ne cherchent pas spécialement à « récupérer » (ou à rejeter, en cas de demande des *tutelles*), ils et elles me répondent très spontanément « qu'il n'y a pas de professionnel·les de santé sur ces communes ». Cela semble justifier de manière évidente que ces communes ne représentent pas de réel enjeu.

« Mais, si on prend le nord du département, la frontière avec le [96], là, il n'y a pas de professionnels de santé. Donc investir ou pas ce territoire-là, n'avait pas forcément d'intérêt. (...) Hélas, on répond pas forcément aux besoins de la population, parce qu'on se concentre vraiment là où il y a les professionnels de santé. Alors, en même temps, c'est là où il y a les éléments les plus moteurs, les professionnels de santé les plus moteurs. »

Entretien, Sebastien A, médecin généraliste

A contrario, les communes « stratégiques » sont celles dont le rattachement va augmenter le nombre de professionnel·les adhérent·es, voire impliqué·es dans la gouvernance de la communauté. Cette caractérisation des communes comme des lieux d'exercice, partagée par les *tutelles*, traduit l'appropriation des espaces par les professionnel·les, et la conception des territoires à partir de l'offre de soins plutôt que de la demande (ou du besoin). Au cours d'un entretien, Gilles D, consultant en santé, parle de « bassins de relations », contrastant avec les « bassins de vie ».

« C'était des bassins de vie qui semblaient cohérents à l'ARS ou alors, ce que je trouvais beaucoup plus cohérent, c'était des bassins de relations entre professionnels, basés parfois sur une association de garde, sur un travail déjà préalable de formation, d'échanges, etc. »

Un corollaire de cette appropriation est que la décision d'inclure ou non une commune dans un territoire de CPTS revient aux seul·es professionnel·les qui y exercent, lorsqu'ils et elles sont consulté·es. Afin de recueillir leur souhait de rejoindre ou non la CPTS, une consultation est souvent organisée, de manière plus ou moins formelle, via un questionnaire⁸⁶ ou une réunion. Parfois la parole des professionnel·les exerçant sur cette commune est exprimée par un·e seul·e ou par un petit groupe censé représenter l'avis général. Aucun cadre ne formalise ces consultations, ce qui peut remettre en question la légitimité des démarches, ainsi que le rôle d'arbitrage des *tutelles*. C'est d'ailleurs ce que montre un exemple extrême que j'ai observé dans une région, où des professionnel·les ont découvert à posteriori que leur commune avait été incluse dans une CPTS « à leur insu »⁸⁷ et expriment le souhait qu'elle soit transférée à une CPTS voisine. Car, si un·e

⁸⁶ Un questionnaire envoyé par l'ARS ou l'équipe porteuse aux professionnel·les du territoire délimité, dans les exemples observés.

⁸⁷ Entretien, Estelle J, consultante en santé

professionnel·le peut généralement⁸⁸ adhérer à plusieurs CPTS, une commune, elle, ne peut appartenir qu'à une seule⁸⁹, soulignant à nouveau la conception du territoire à partir de l'offre.

Lorsqu'aucun·e professionnel·le de santé n'exerce sur une commune, son rattachement à une CPTS, qui présente peu d'enjeu, est décidé par les membres, spontanément ou à la demande des *tutelles*, dans une démarche visant à créer le moins possible de « zones blanches ».

Cette vision des communes comme des lieux d'exercice illustre le mandat (cf. introduction) détenu par les professionnel·les de santé et plus particulièrement les médecins concernant l'organisation des soins. Ce mandat n'est pas remis en question par les *tutelles* signataires du contrat, qui l'ont intégré au point de le défendre parfois. Elle constitue ainsi « un arrangement qui permet à différents groupes [ici ARS, AM, et PSL] de travailler ensemble sans consensus préalable » (Star 2010), s'apparentant à un objet-frontière.

Le territoire des CPTS est à la fois une *zone blanche* à couvrir et une somme de communes d'exercice de *libéraux* plus ou moins disposés à travailler ensemble. Ainsi, l'analyse des proximités et distances entre ces professionnel·les permet de comprendre la façon dont l'espace des CPTS est pensé et délimité.

Je vais maintenant aborder les différentes proximités et distances aspatiales observées au cours de mon enquête, qui jouent un rôle important dans la formation des collectifs et la délimitation des CPTS enquêtées. Pour ce faire, je m'appuierai sur la catégorisation de Boschma reprise par Ferru et Omer : proximités cognitive, institutionnelle, organisationnelle et sociale (Boschma 2004; Ferru et Omer 2021).

Proximités et distances aspatiales entre les libéraux

Tout d'abord, le fait d'exercer une même profession, ou une profession libérale, est une source de proximité à la fois cognitive et institutionnelle.

Sur le plan cognitif, c'est-à-dire le partage « d'une même base de connaissances et de compétences » (Boschma 2004), il existe une proximité entre toutes les professions de santé.. Cette proximité cognitive est d'autant plus forte que les disciplines, modes d'exercices et pratiques sont proches, en raison du haut niveau de technicité de ces professions.

Un exemple concret du rôle de cette proximité cognitive dans la délimitation des CPTS est apporté par Jean-Marc F, qui a été à l'initiative de la création d'une CPTS qui s'est

⁸⁸ Une des CPTS enquêtée a inscrit dans ses statuts l'interdiction pour ses membres d'adhérer à d'autres CPTS

⁸⁹ Je n'ai pas retrouvé le mode de diffusion (instruction, lettre-réseau, etc.) de cette règle transmise à l'ensemble des administrations locales et intégrées par les professionnel·les de santé.

constituée autour d'un groupe de médecins généralistes libéraux organisant ensemble des séances de formation médicale continue (FMC) à l'hôpital.

« Sur le territoire, et notre territoire était basé sur les gens qui se connaissent, les gens qui ont le même pôle de FMC, qui ont les mêmes spécialistes, qui peuvent discuter ensemble, qui... Tout le monde connaît tout le monde. Voilà. C'était le concept. Tout le monde connaît tout le monde. Et autour d'un petit hôpital périphérique. »

La proximité institutionnelle, quant à elle, est définie par Boschma comme « un concept large, recouvrant à la fois l'idée d'acteurs économiques encastrés dans les « règles du jeu institutionnelles (...) et les ensembles de valeurs communes ».

Leur « encastrement » dans les « règles du jeu » crée une proximité entre les *leaders*.

« Donc, bah... Là, on était aussi quand même dans un truc qui était avec des liens avec la sécu, un ACI... Enfin plein de choses un peu techniques pour lesquelles je pense que c'était plutôt intelligent, effectivement, de la part [de l'inter-URPS] de se dire qu'il fallait que ce soit porté au départ par des gens qui avaient déjà eu une petite connaissance.⁹⁰ »

Entretien, Laurence F, pharmacienne d'officine

En effet, ces professionnel·les connaissent et ont assimilé les codes du dialogue avec les administrations, leur *comitologie*. Le statut de ces *leaders* est hybride, entre soin, portage de projet, liens avec les administrations et défense des intérêts de leur profession, créant entre elles et eux une proximité qui dépasse parfois les groupes professionnels.

« Mais, en revanche, un syndicaliste médecin et un syndicaliste infirmier vont d'autant plus arriver à monter des projets ensemble qu'ils ont une expérience commune, même si c'est dans des syndicats différents. »

Entretien, Philippe A, directeur de CPAM

A d'autres endroits, les positionnements syndicaux de porteurs·euses peuvent au contraire créer des distances.

⁹⁰ Laurence F fait ici référence à des porteurs·euses de CPTS élu·es URPS.

« C'est sûr qu'on a beaucoup de CPTS [dans la région] qui sont portées par des élus des URPS de toutes sortes. Mais, clairement, tous nos élus URPS, médecins, infirmiers, masseurs-kinés *et cetera*, sont tous présidents ou présidentes de CPTS. Mais, du coup, forcément, avec des postures et des représentations syndicales, aussi, qui peuvent ne pas correspondre à l'équipe d'à côté. »

Entretien, Amélie L, ARS

Concernant les « valeurs communes » que partagent largement les *libéraux*, l'attachement au statut libéral me semble être le plus petit dénominateur commun. Comme socle commun aux différentes professions, on retrouve la libre organisation du temps de travail et le paiement à l'acte⁹¹.

Tout comme la proximité cognitive, la proximité institutionnelle entre *libéraux* augmente au sein d'une profession donnée. Ceci est illustré par exemple par la liberté d'installation dont les médecins sont les seul-es à encore bénéficier à ce jour et qui, lorsqu'elle est menacée, les rapproche comme peu d'autres choses peuvent le faire (cf. supra, « S'investir pour se protéger »)

Les CPTS sont perçues par une part importante des *libéraux* comme une menace de ce modèle, renforçant cette proximité institutionnelle entre elles et eux autour d'une posture défensive. Ainsi, les CPTS font émerger des tensions entre corporatisme et soutien commun du modèle libéral par les différentes professions. En effet, les intérêts spécifiques à chaque profession peuvent entrer en compétition.

Pour éviter ces tensions, certain-es, comme Eric N, pharmacien d'officine et président de CPTS, préfèrent éviter le mélange des genres. Selon lui, « il faut le syndicat, d'un côté, pour gérer les affaires des professions » et les CPTS, de l'autre, pour « [faire] de la santé publique » et « [travailler] tous ensemble pour un projet commun » (entretien).

La croyance en l'exercice pluriprofessionnel, s'exprimant principalement par le fait de travailler en MSP, est une source de proximité à la fois institutionnelle et organisationnelle entre *libéraux*. Organisationnelle car ce modèle implique une plus grande interdépendance entre les professionnel·les dans leurs pratiques quotidiennes, s'éloignant ainsi des principes originels de l'exercice libéral. Institutionnelle car cette vision des soins de ville prône une plus grande horizontalité entre les professions de santé et comporte donc une dimension politique (les « valeurs communes »).

⁹¹ Sauf pour les pharmaciens·nes d'officine.

L'exercice pluriprofessionnel s'écarte ainsi du modèle libéral classique, remettant en question le modèle historique de l'exercice solitaire et indépendant des subventions.

Cette vision est loin d'être partagée par tous-tes, notamment chez les médecins, comme le montre la récente et importante progression de mouvances de représentations plus conservatrices (UFML-S et Médecins pour demain, cf. supra). Le rattachement à ces mouvances est également source de proximités, dont on imagine moins volontiers qu'elles puissent être à l'origine de projets de CPTS.

L'expérience du Covid est un élément ayant contribué à la proximité organisationnelle entre des professionnel·les de santé qui ont dû collaborer, par exemple, via la mise en place de centres de vaccinations (Fournier et al. 2021; Fournier et Clerc 2021; Schweyer et al. 2020). Elle a également eu un rôle central dans l'apparition de proximités institutionnelles, de découverte des « règles du jeu » évoquées plus haut, de la prise en compte par les professionnel·les de santé de l'existence des acteurs institutionnels et de leur rôle – collectivités et préfectures, notamment – alors qu'ils et elles se voyaient comme pouvant s'organiser seul-es. Cela revient souvent dans les entretiens avec des CPTS s'étant créées avant ou pendant cette période.

« Au départ du Covid, quand on a eu le début de l'épidémie, on a voulu tout de suite mettre en place un centre de dépistage. Et je me souviens, c'est moi, d'ailleurs, qui avait appelé la préfecture et tout ça pour organiser (...) Et quand je les ai eus, on m'a répondu "Mais de quel droit ?" Enfin, voilà, là, j'ai bien compris qu'en fait, c'était comme si on outrepassait nos fonctions et qu'il y avait tout un ordre logique. Un ordre, en fait, d'organisation et qu'il nous échappait complètement. (...) Toutes les portes se sont fermées. Et là, on s'est dit "C'est quoi ce délire ?" Et puis après, il y a eu des discussions. Mais c'est là que j'ai vu qu'il fallait vraiment être armés et avoir des arguments et une stratégie politique (...) qu'il fallait vraiment avoir des appuis politiques. Y'a pas le choix. Et d'ailleurs, il y a beaucoup de discussions. On le voit bien... Chacun tire la couverture un peu vers soi, quand même. Bah, moi, je m'en rends compte, là, de plus en plus. C'est pour ça qu'on a mis en place ce poste de direction stratégie, parce qu'on s'est dit "Nous, professionnels de santé, on ne sera jamais entendus", pour ouvrir des portes. Parce que c'était difficile aussi d'accéder à certaines réunions, de concertation, ou décisionnelles, ne serait-ce dans les CLS et tout ça. On n'arrivait pas à rentrer, quoi. »

Entretien, Suzanne T, infirmière libérale

L'appartenance à un même secteur de permanence de soins ambulatoire (PDSA) est également une source de proximité organisationnelle qui revient régulièrement dans les entretiens, jouant parfois un rôle important dans la constitution d'une CPTS.

Cet élément est principalement évoqué chez les médecins, mais aussi chez les pharmaciennes d'officine (seules professions concernées par une PDSA).

« Si je vois avec les pharmaciens que je connais, ils sont dans mon secteur (...) ça correspond à peu près à deux secteurs de garde (...) On est plus sur un périmètre qui me paraît plus en phase avec... Avec la connaissance des gens. »

Entretien, Laurence F, pharmacienne

Finalement, la proximité sociale, au sens de Boschma – c'est-à-dire qui implique « une confiance fondée sur l'amitié, les liens familiaux et l'expérience » – est à la fois une synthèse des autres formes de proximités aspatiales évoquées jusqu'ici et une relativisation de l'importance de celles-ci.

En effet, il s'agit d'affinités qui peuvent se baser sur des visions de ce que devrait être le système de santé (attachement à un mode d'exercice solitaire, croyance en l'exercice pluriprofessionnel), sur des références communes (discuter de la prise en charge d'un-e patient-e en utilisant un langage technique), ou encore sur des expériences partagées au cours de la période Covid, mais elles semblent parfois sans lien avec le cadre professionnel. Amélie L, qui travaille au sein d'une ARS, évoque au cours de notre entretien une brouille entre médecins qui « remonte à des histoires de brebis et de grands-pères ». Si cet exemple prête à sourire, il n'est pas rare que soient évoquées des querelles survenues à la faculté ou encore des divergences d'opinions politiques.

« C'est incroyable le poids des affects et des relations interpersonnelles ! Et donc, en fait, pourquoi le sujet du territoire c'est un sujet abandonné ? Pourquoi personne s'en est occupé ? Parce qu'on passe un temps fou à gérer le docteur Trucmuche qui peut pas blairer le docteur Machin. »

Entretien, Philippe A, directeur de CPAM

Participer à la création d'une CPTS implique entre les porteurs-euses une certaine proximité sociale, plus grande par exemple qu'entre des collègues au sein d'une entreprise structurée. Cette nécessité fait consensus parmi les professionnel·les et au sein des administrations. J'ai très souvent entendu lors des entretiens, dit comme une évidence, « qu'on ne peut pas forcer les gens qui ne s'entendent pas à travailler ensemble » au sein

d'une CPTS, alors que cette situation est fréquente dans le monde de l'entreprise et vue comme une forme de professionnalisme.

« Il y a le fait qu'il y a un leader sur un territoire. Enfin, quelqu'un qui a pris un peu la main sur le territoire, sur le truc... Bah, le pharmacien d'en face peut pas le piffrer, il bossera pas avec ! Tu peux rien faire, tu vois... »

Entretien, Audrey E, DGOS

Ces inimitiés difficilement avouables sont le plus souvent mises sur le compte de « différences de vision » ou de « différences de façon de travailler ».

« C'est vraiment les potes entre eux, quoi ! Et ceux chez qui on envoie les patients et ceux qui... Alors après ils rationalisent en disant "Ben, ce sont ceux qui ont les mêmes notions de la qualité que moi." Evidemment ! C'est bien connu que celui que je peux pas me blairer, il fait pas le même travail que moi ! »

Entretien, Philippe A, directeur de CPAM

Dans les processus de constitution d'équipes porteuses de CPTS et de délimitation de leur territoire, la proximité sociale entre les professionnel·les semble dans de nombreux cas primer sur les autres formes de proximité spatiale, dont le développement apparaît comme une conséquence plutôt que comme une explication du développement de ces communautés.

En effet, les *libéraux* qui ont « une approche de patientèle »⁹² sont peu interconnectés, et encore moins reliés aux autres acteurs membres ou partenaires des CPTS. Le processus de création des CPTS est donc très largement influencé par l'identité des porteurs-euses et de leur réseau proche. Concrètement, si un-e autre professionnel-le avait été à l'initiative de la création de la CPTS, ses membres actifs et donc sa délimitation auraient probablement été sensiblement différents. C'est ce que je constate lorsque deux projets de CPTS sont concurrents. La collaboration ne semble pas être la règle, il s'agit plutôt du « premier-e arrivé-e, premier-e servi-e » ou plutôt, en l'occurrence « premier-e arrivé-e, premier-e à décider ».

⁹² Entretien, Sophie G, Cnam.

« C'est une partie des gens qui décide (...) et les gens qui sont pas embarqués dans le projet, potentiellement, le territoire n'est pas cohérent pour eux. »

Entretien, Audrey E, DGOS

La « partie des gens qui décide » sur un territoire est composée d'un-e *leader* et de son cercle de proximités, souvent restreint, avec sa vision de l'exercice libéral, de l'exercice pluriprofessionnel, de la coordination, de ce que doit être une CPTS.

Lorsque plusieurs projets coexistent avec des territoires délimités se chevauchant, il arrive que les différents *leaders* ne soient pas au courant de l'existence du ou des autres. En effet, ils ne se font pas toujours connaître précocement des *tutelles* ou des autres professionnel·les. A contrario, certain-es le font avant même d'avoir un réel projet, afin de préempter en quelque sorte le territoire.

« C'est-à-dire que, normalement, les règles, entre guillemets, de projet CPTS, c'est, en gros, si t'as un projet qui se monte, c'est la primeur qui gagne, quoi. Du coup, il y a eu des confrontations. Il y a plusieurs projets CPTS qui sont montés en même temps sur un même territoire. Donc, là, il y a eu des enjeux personnels et individuels plutôt de vision⁹³, de "Qu'est-ce que ça allait donner la CPTS ? Qui allait gouverner ? Qui allait être le président ou autre ?" Donc, il y a eu ce type de concurrences qui ont pu prendre forme, effectivement, dans certains territoires, avec même des logiques de médecins qui posaient un projet CPTS auprès de l'ARS et puis qui n'avançaient pas, pour bloquer d'autres envies quoi. »

Elodie L, infirmière, coordinatrice de CPTS

Cette règle tacite semble être consensuelle. Cécile R, médecin et présidente de CPTS, considère, en entretien, que « ce sont les premiers qui se servent qui ont raison » tandis qu'Amélie L, qui travaille au sein d'une ARS, parle de « chasse gardée ».

Ces situations de conflits ont des implications très concrètes sur les délimitations des CPTS qui peuvent différer et se chevaucher entre deux projets dont seul un va être retenu.

⁹³ Comme évoqué plus haut, les distances sociales sont mises sur le compte de différences de « vision ».

« De temps en temps il y avait des petits chefs, et il n'était pas question, sur ce territoire où il y avait deux petits chefs, de ne faire qu'un territoire. »

Entretien, Dominique F, élu-e URPS-médecins

« Ma première CPTS que j'ai accompagnée, il y avait deux porteurs de projet qui étaient concurrents sur deux territoires qui se chevauchaient et les deux étaient financés pour qu'on les accompagne. Et donc il a fallu démontrer l'apport de notre CPTS par rapport à l'autre CPTS. »

Entretien, Virginie F, consultante en santé

La situation de mise en concurrence que décrit Virginie F est toutefois très particulière (la seule de ce type que j'ai observée). En effet, les *tutelles* évitent généralement de se prononcer sur la qualité des projets et privilégient cette règle tacite du « premier-e arrivé-e, premier-e à décider » qui remplit plusieurs fonctions. Elle permet d'une part de se conformer à l'esprit du dispositif censé émaner des professionnel·les de santé. Elle leur offre aussi un moyen de ne pas avoir à trancher sur un sujet sur lequel elles ne se sentent pas légitimes, et pour lequel elles manquent d'outils : il n'existe pas d'attendus clairs. Enfin, cette posture favorise la rapidité du déploiement, dans une logique de « politique du chiffre », tout en évitant de générer des tensions avec les *libéraux*, dans un contexte déjà très sensible

« Les gens qui ne sont pas embarqués » sont donc éventuellement des porteurs-euses de projets concurrents ou des professionnel·les hostiles à l'équipe en place. Mais, le plus souvent, il s'agit tout simplement de méconnaissance ou d'absence de réels efforts d'élargissement. En effet, il est fréquent que les professionnel·les de santé du territoire ne soient informés de la création d'une CPTS qu'une fois le processus terminé. Il leur est généralement proposé de s'investir dans un dispositif déjà clairement défini et non pas de rejoindre une équipe en cours de constitution, afin de réfléchir à sa conception et sa délimitation. Il arrive même parfois qu'ils et elles appartiennent à une CPTS sans le savoir (cf. supra).

Pour rappel, j'ai fait le choix de centrer mon enquête sur les *libéraux*, mais il me semble essentiel de rappeler que « les gens qui ne sont pas embarqués » sont également « les absent-es » évoqués dans la partie précédente.

Philippe A, directeur de CPAM, a sur le sujet un point de vue original (et probablement clivant) que je n'ai pas entendu d'autres enquêté-es mais qu'il me semble tout de même intéressant de mentionner.

« Quand on a une personnalité locale qui est hyper connue, même si elle est pas consensuelle (...) ça fait gagner beaucoup de temps (...) Ensuite, on peut avoir des gens qui ont moins d'ancrage territorial, *et cætera*. Parce qu'à partir du moment où la CPTS existe depuis deux-trois ans, notamment pour les élus locaux, par exemple, elle est vite reconnue, identifiée, et après c'est plus facile de changer le bureau de mettre quelqu'un qui n'est pas forcément une figure historique du territoire. »

Ce point de vue souligne les enjeux concurrents de représentation et de fédération des *libéraux* que j'aborderai plus loin dans cette partie. J'ai observé plusieurs fois au cours de cette enquête des situations dans lesquelles un projet de CPTS était porté par une personnalité forte et non consensuelle. L'objet n'est pas ici d'analyser son impact sur le développement ultérieur de la CPTS, mais il est intéressant de constater qu'il s'agit de configurations dans lesquelles « les gens qui ne sont pas embarqués » et pour qui « potentiellement, le territoire n'est pas cohérent » sont majoritaires.

Dans certains cas, il est nécessaire d'attendre le départ de ces leaders non consensuel·les.

« (...) On laisse le temps. C'est-à-dire, qu'en fait, c'était des gens⁹⁴ qui avaient 55, 60 ans, donc on s'est donné les quelques années qui allaient rester tranquilles, pour refusionner après. Et ils sont d'ailleurs regroupés déjà pour deux d'entre-elles. »

Entretien, Dominique F, élu·e URPS-médecins

Quand une CPTS se crée, il n'est pas systématique que l'information soit diffusée aux professionnel·les de santé concerné·es et, lorsque c'est le cas, le choix des destinataires comporte une part d'arbitraire. En effet, la diffusion se fait selon certains cercles (URPS, proches, syndicat, ordre...), comme on le voit dans l'extrait d'entretien avec Suzanne T ci-dessous, et dans un périmètre qui a généralement été prédéterminé par les porteurs·euses, parfois avec le concours des *tutelles*⁹⁵. C'est ce que nous avons déjà vu dans la partie précédente au sujet des bureaux d'études, qui sont sollicités pour faire un diagnostic territorial une fois le territoire délimité. Lorsqu'elles entreprennent la démarche de faire

⁹⁴ Dominique F fait référence aux « petits chefs » exerçant à proximité pour qui il n'était « pas question » de collaborer au sein d'une seule CPTS (cf. supra).

⁹⁵ Cf. supra, « les rayons d'invitations » évoqués par Elodie L dans la première partie (section « Les *tutelles* »)

connaître leur projet en cours, les équipes porteuses de CPTS diffusent des mails, organisent des réunions d'information, parfois avec l'aide des *tutelles* ou des URPS, mais tous les professionnel·les ne sont pas nécessairement informé·es, notamment car les équipes porteuses n'ont pas facilement accès à leurs coordonnées. Le bouche à oreille reste un outil important dans la diffusion de ce type d'informations, soulignant le caractère difficilement prévisible de ce processus, lié aux réseaux professionnels et personnels des porteurs·euses et des personnes impliquées.

« En fait, moi, j'ai reçu l'invitation par le biais de l'URPS, du fait que j'étais membre de l'URPS. Et après, j'ai transféré à toutes mes collègues infirmières que j'avais, du syndicat et autre, pour qu'elles puissent participer à cette réunion. Et puis, après, à tous les autres professionnels. Il me semble que l'Ordre nous avait aussi envoyé. En fait, on avait plusieurs communications. (...) Oh ! Je me souviens, [on n'était] pas si nombreux que ça [à la réunion d'information], j'ai trouvé, par rapport au sujet. Je ne sais plus combien on était autour de la table. Je sais qu'il y avait deux pharmaciens, il y avait trois médecins... Je crois qu'on était trois infirmières au départ. (...) Il y avait une orthophoniste, on était peut-être une quinzaine, non ? (...) Je pense qu'ils faisaient partie soit d'un syndicat, soit de l'URPS. »

Entretien, Suzanne T, infirmière libérale

« Globalement, les gens du bureau étaient des gens qui gravitaient autour des URPS (...) Donc c'était des gens qui (...) étaient déjà sensibilisés au déploiement de ce nouveau mode d'exercice. Et puis, après, je pense que chacun a un peu coopté et élargi son panel de relations pour aller chercher d'autres membres et puis faire le bureau. »

Entretien, Laurence F, pharmacienne

Ce mode d'élargissement par « cooptation » est fréquent et joue un rôle central dans la façon dont se constitue les équipes des CPTS, et donc dans la délimitation de leur territoire. Le point de départ du processus de création tient souvent à peu de choses, un·e professionnel·le qui s'est manifesté·e un peu plus tôt, qui avait entendu parler des CPTS via son syndicat. L'effort déployé pour élargir dès les prémices du projet à un groupe plus représentatif des professionnel·les du territoire, en particulier à celles et ceux avec lesquelles les porteurs·euses n'ont pas de proximité (spatiale ou aspatiale), est généralement limité.

Il se produit donc une sorte « d'effet papillon » au moment de la préfiguration d'une CPTS. En effet, j'é mets l'hypothèse que sa délimitation finale, très dépendante du point de départ du projet, aurait été différente si un-e autre *leader* avait été à l'initiative.

Ainsi, ce que je constate sur le terrain semble ne pas avoir suivi les « lignes rouges » de la Cnam évoquées par Jean M en entretien.

« La première ligne rouge, c'était la légitimité des porteurs. (...) Deuxièmement, quand il y a plusieurs *leaders* sur un territoire, [il faut que] les *leaders* soient tous embarqués. Qu'on ne se retrouve pas avec des CPTS qui, en fait, fracturent un territoire pertinent parce que les mecs peuvent pas s'encadrer et qu'à un moment donné chacun veut sa CPTS dans son coin. »

Les autres dynamiques à l'œuvre dans les processus de délimitation que je vais aborder à présent sont à analyser en prenant en compte cette idée « d'effet papillon » qu'elles illustrent. En effet, l'utilisation de flux de consommation, la volonté de constituer une CPTS peu étendue ou encore de l'articuler avec les délimitations d'un EPCI sont très largement dépendantes de ce point de départ, de la façon dont le noyau initial a choisi d'investir ces différentes dynamiques.

Bassins de vie et flux de consommation

Ce qui est mis en avant par les professionnel·les rencontré·es en premier lieu, lorsqu'il s'agit d'expliquer la délimitation du territoire de leur CPTS, c'est la prise en compte des « habitudes de vie » et des « habitudes de soins » des usagers. Il s'agirait donc, pour les porteurs·euses, de formaliser l'existant, des dynamiques bien connues, cohérentes avec les « bassins de vie » et les « flux » [de consommation]. Pourtant, ces deux notions sont généralement mal définies et je cherche à interroger ce que les enquêté·es mettent derrière.

Les bassins de vie, le territoire vécu

« La taille d'une CPTS doit correspondre à un bassin de vie avec une population et des ressources communes, les projets doivent émerger des besoins des acteurs du territoire en bonne connaissance de l'existant pour assurer la plus-value des investissements dans les CPTS. » (DGOS et Cnam 2023)

Comme le discours stéréotypé de certain·es porteur·euses évoqué en début de première partie, cette instruction commune DGOS et Cnam publiée en 2023 est très vague au sujet

de la délimitation des CPTS. Elle donne l'impression que celle-ci émergerait naturellement des pratiques déjà en place, ce qui, nous l'avons vu, ne traduit pas la réalité.

Toutefois, cette façon d'approcher la question du territoire des CPTS, de manière *bottom-up*, place au centre la notion de territoire vécu, les soins primaires faisant partie des services courants et les soignant-es étant également des habitant-es. Ainsi, le territoire de la CPTS est celui « où l'on va faire ses courses », comme me l'indique Stéphane M, masseur-kinésithérapeute et président de sa CPTS, créée sur les dix communes d'exercice d'une équipe de *libéraux*.

« On s'est intéressé vraiment à ce territoire, tout simplement parce qu'il était à l'échelle humaine, en fait. C'est le territoire de vie au-delà du territoire professionnel. On va faire les courses là-bas, on va chez le médecin ici, le kiné, il est là (...). »

J'aborderai plus spécifiquement la question de la taille des CPTS plus loin dans cette partie, mais cet extrait permet déjà de mettre en lumière le fait que ces catégories de dynamiques sont intimement liées les unes aux autres, comme le sont les différents types de proximités. L'idée de la CPTS « à taille humaine » est récurrente, mise en lien à la fois avec les relations et organisations préexistantes et avec les « bassins de vie ». Ces derniers sont fondés sur la proximité géographique, comme une unité élémentaire présentant une « cohérence géographique, sociale et culturelle »⁹⁶. L'Insee les délimite en se basant sur l'accès aux « équipements et services les plus courants »⁹⁷. Cette méthodologie est déclinée spécifiquement pour les équipements et services de santé, pour proposer un découpage en « territoires de vie-santé ». Cependant, cet outil qui aurait pu guider la délimitation des CPTS n'est évoqué dans aucun entretien.

Cette approche par le bassin de vie implique l'absence de mésentente entre les professionnel·les géographiquement proches, ce qui est loin d'être toujours le cas, comme nous l'avons vu dans la partie précédente.

Un autre élément vient questionner cette approche. L'ambition affichée des CPTS de coordonner l'ensemble des acteurs de santé implique de prendre en compte des services qui ne font pas partie des « équipements et services les plus courants », et qui ne sont donc pas nécessairement présents dans le « bassin de vie », quelle que soit la définition qu'on lui

⁹⁶ Définition proposée par la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (Datar), supprimée en 2014.

https://web.archive.org/web/20100619073659/http://www.datar.gouv.fr:80/fr_1/contenus_secondaires_714/glossaire_7/ [version du 11/07/2025]

⁹⁷ <https://www.insee.fr/fr/information/6676988>

donne. C'est le cas des équipements sanitaires et médico-sociaux plus spécialisés, de second ou troisième recours, qu'on retrouve uniquement au niveau régional voire national, qui s'inscrivent dans le parcours de soins d'une partie des usagers.

Pour certain-es, la CPTS est un dispositif d'accès au premier recours et son territoire est le « bassin de vie ». Pour d'autres, comme le montre la méthodologie de l'URPS Centre-Val de Loire présentée dans la partie précédente, la CPTS est un dispositif d'accès à des soins spécialisés. Son territoire dépasse alors le territoire vécu et nécessite pour être délimité de mobiliser certains outils (les flux de consommation, l'étude des parcours de soins). Ainsi, les porteurs-euses ne voient pas l'objet de la CPTS de la même manière, ce qui est permis par son cadre réglementaire très ouvert, ce qui a un impact direct sur sa délimitation.

Par ailleurs, ce souci porté au respect du bassin de vie est principalement mis en avant par les porteurs-eurs dans les territoires ruraux, où les « pays » (la Beauce, l'Aubrac, la Cornouaille, etc.)⁹⁸ font sens pour les habitant-es.

« Vous regarderez les noms [des CPTS], c'est des noms de territoires géographiques... culturels. C'est pas administratif, le Boischaut Nord, ou le Servain, ou la Daule, c'est une carte de terroir. (...) Donc je trouve que non, le territoire, au niveau de la région, quand on regarde, il a sa logique, quoi. »

Entretien, Thomas J, coordinateur de CPTS

En effet, dans les milieux urbains denses et plus particulièrement dans les grandes métropoles, les comportements des usagers sont plus hétérogènes. On perd cette notion de « terroir » et le sentiment d'appartenance qui y est associé. Le grand nombre de professionnel·les rend difficile leur coordination au sein des CPTS.

« Moi, j'ai tendance à penser que c'est plus difficile en milieu très dense. Parce qu'en fait, oui, tu trouves du monde, mais pour faire des trucs qui ont du sens, déjà, ta population, elle est très mobile, c'est plus compliqué, je me dis, et depuis, t'as un nombre de personnes à fédérer qui est plus grand. »

Entretien, Audrey E, DGOS

⁹⁸ « Dans un sens plus originel, un pays est une petite région reconnaissable dans son paysage, "une unité de vie, d'action et de relation, (...) un des niveaux d'agrégation systémique de l'espace géographique" (Brunet et al., 1992) »

Source : <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/pays-2> [version du 22/08/2025]

Au niveau local, Hugues P, qui travaille dans l'ARS d'une région particulièrement peu dense, partage cette impression.

« Et étrangement, je sais pas si ça t'est déjà remonté, mais les CPTS urbaines fonctionnent très mal. Très très mal. Nous, les deux grosses agglomérations, c'est des CPTS qui ont plein de projets mais c'est là où y a la plus mauvaise ambiance, où y'a le plus bas taux de professionnels inscrits dans chaque CPTS, tu vois ? Etonnamment... Mais dans les CPTS rurales, ça se passe bien mieux. »

Entretien, Hugues P, ARS

Les flux... Quels flux ?

Face à des territoires vécus difficiles à délimiter, les flux de consommation des soins offrent un repère concret et mesurable. Ils sont omniprésents dans les entretiens, que ce soit avec l'administration ou les porteurs-euses. Ils sont également mentionnés dans le rapport Charges et produits pour 2024 de la Cnam, à propos des « zones blanches », pour évaluer « la pertinence de rattachement de ces zones à un territoire d'une CPTS existante » (Cnam 2023). La place prise par cet outil dans les entretiens semble traduire le besoin ressenti de pouvoir se rattacher à une donnée quantifiable, apparaissant comme une sorte de « caution scientifique » et présentée comme un argument d'autorité.

Il est fréquent que les porteurs-euses les évoquent sans les avoir mobilisés au cours du processus de création de leur CPTS, en avançant que l'analyse de ces flux aurait validé une délimitation basée sur leur ressenti.

Les seuls cas où les flux semblent avoir vraiment été interrogés, sans pour autant avoir nécessairement joué un rôle central dans la délimitation des CPTS, sont ceux où l'approche a été pensée à un niveau régional, en Centre-Val de Loire et Paca, comme nous l'avons vu dans la partie précédente. Dans, ces régions, j'ai observé des démarches de préfiguration de découpage respectivement portées par l'URPS-médecins et l'ARS, avec l'appui de l'ORS, et présentées comme des ressources pour alimenter la réflexion des porteurs-euses.

Ces deux démarches précisent le type de flux mobilisé, contrastant avec le flou que je perçois dans les autres entretiens.

En effet, lorsque je demande aux enquêté-es de caractériser ces flux, ils et elles en sont généralement incapables. S'agit-il de premier ou second recours ? De soins de ville ou hospitaliers ? D'un recours aux médecins seulement ou également aux autres professions de santé ?

Ils semblent peu questionnés et servent à légitimer des délimitations pensées autrement. En discutant avec les porteurs-euses la pertinence de tel ou tel type de flux, les vues divergent largement, traduisant l'absence de consensus.

La méthodologie mobilisée en région Centre, basée sur le recours aux spécialités médicales « infra-départementales » met en lumière les difficultés à utiliser le même type de flux sur des territoires hétérogènes (De Fontgalland et Rouzaud-Cornabas 2020).

Sur les territoires les moins denses, les zones d'attraction sont très étendues et ne sont finalement pas retenues par les porteurs-euses (département du Cher, de l'Indre). Cet élément est corroboré par la méthodologie Paca qui privilégie, dans les départements les moins denses (Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Vaucluse) les flux de consommation des soins de premier recours, afin d'éviter d'obtenir des territoires considérés comme « trop grands » pour le bon fonctionnement d'une CPTS.

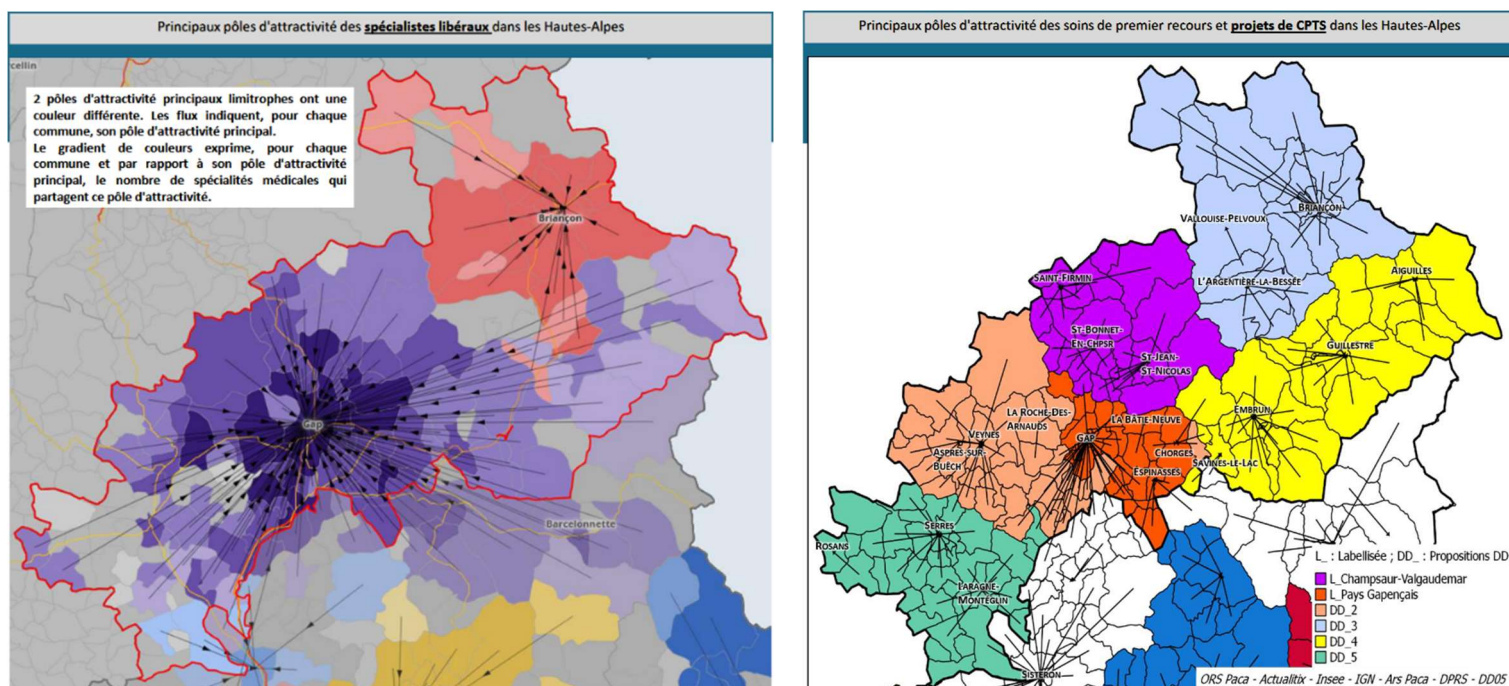


Figure n°3 – Exemple de la méthodologie employée par l'ORS Paca dans les Hautes-Alpes. A gauche, les territoires identifiés à partir des flux de consommations de soins délivrés par des médecins spécialistes libéraux (10 spécialités retenues). Leur étendue, notamment autour du pôle d'attraction de Gap, traduit la faible densité de spécialistes dans le département, et a incité l'ORS à proposer des découpages plus restreints, présentés sur la carte de droite, issus des flux de consommation des soins « de premier recours ».

Ces difficultés à mobiliser les flux soulignent les différences de conception de ce qu'est une CPTS, ce qui influence les choix faits pour les délimiter, entre bassin de vie et parcours de soins complexes. Cela ressort également du discours de Laure V, directrice de CPTS.

« Si on parle de soins de proximité, évidemment le Souvierois il est plus en Daule. Mais si après, on parle de filières, d'articulation ville-hôpital sur l'insuffisance cardiaque ou sur... Les gens de Souviers, il vont venir se faire soigner à Lugains [préfecture de département], hein ! »

Un autre niveau de recours revient à plusieurs reprises à propos des flux paraissant pertinents aux porteurs-euses, il s'agit des passages aux services d'accueil des urgences. Ce choix n'est pas anodin car cela reviendrait à indexer le maillage des CPTS sur l'offre de soin hospitalière. Cette approche semble à rebours de l'esprit du dispositif et je n'observe pas d'exemple l'ayant suivie, mais, comme évoqué plus haut, la présence d'un hôpital sur le territoire de la CPTS est un élément majeur pour les porteurs-euses de CPTS.

Outre ce questionnement sur le niveau de recours choisi pour étudier les flux, on peut également questionner le fait que cette approche soit systématiquement centrée sur les soins délivrés par les médecins. C'est ce que met en avant Sébastien B, médecin généraliste élu d'une CPTS en région Centre-Val de Loire, au cours de notre entretien.

« Je me questionne sur ce qu'ils sont allés interroger pour déterminer ces flux. Est-ce qu'ils sont allés interroger les centres hospitaliers, le second recours ou le troisième recours ? Ou est-ce qu'ils sont allés interroger les professionnels de santé ? Est-ce qu'ils sont allés interroger les pharmaciens ? Parce que l'implantation des pharmacies, elle est réglementée sur le territoire (...), pareil pour les cabinets d'infirmières... Je pense que c'est plus les paramédicaux qui renseignent sur ce flux de population, de patients, parce que les paramédicaux maillent assez bien le territoire, contrairement aux médecins, notamment aux médecins généralistes. »

En dehors de quelques rares exemples, les enquêté-es rencontré-es ne remettent pas en question le principe qu'un tel outil soit construit à partir de l'offre médicale disponible. Pourtant, cela comporte des limites importantes liées à l'insuffisance et l'inégalité de la répartition de cette offre. En effet, ces flux dont il y est si souvent question sont mis en défaut dans les situations où ils seraient le plus utiles, à mesure qu'on s'éloigne des pôles d'attraction. En effet, les comportements « non choisis » des usagers y sont très hétérogènes.

« C'est pas forcément [homogène] mais c'est aussi le profil normal de quelqu'un qui cherche. Celui qui cherche, il a... dentiste, là, l'autre, là-bas, et le médecin, à 50 bornes... Et il fait ce qu'il peut parce qu'il n'a rien, en fait ! Donc est-ce que c'est un profil de consommation choisie ? Bah non ! Je pense que ces gens-là, sur les zones où il n'y a pas de médecin (...) c'est pas étonnant que le résultat de la consommation [soit éclaté], parce qu'en fait, une fois, il va là, une fois, il va là... Donc, [les CPAM] disent "Mais oui, mais on n'y arrive pas, il n'y a pas de stabilité..." Il n'y a pas de stabilité parce qu'il n'y a pas d'offre ! »

Entretien, Sophie G, Cnam

A nouveau, on constate ici que les communes sont avant tout vues comme des lieux d'exercice de professionnel·les de santé. Lorsqu'ils se font rares, la couverture en CPTS peut s'avérer plus compliquée et la mobilisation des flux de consommation inopérante.

Comme me l'explique Hugues P, qui travaille au sein d'une ARS, « c'est plutôt à qui acceptera de les prendre ».

« Si tu regardes des territoires qui manquent, c'est des territoires quasiment sans professionnels de santé et avec une densité de population et une population extrêmement faibles... Donc non, c'est plutôt à qui acceptera de les prendre [en riant] »

Entretien, Hugues P, ARS

Cette problématique est également illustrée dans l'article reprenant la méthodologie de l'URPS-médecins Centre-Val de Loire (De Fontgalland et Rouzaud-Cornabas 2020) qui présente une carte dont les gradients de couleur schématisent l'homogénéité des consommations des usagers. Les zones claires sont des zones où l'offre est faible et les comportements hétérogènes. Lorsque de telles zones ne sont pas couvertes par une CPTS, le recours au flux de consommation ne semble pas être une solution (voir fig. n°4, p. 68)

Pour terminer, les flux de consommation sont un outil dynamique, ils représentent visuellement des comportements analysés sur une période définie. Ils peuvent changer, notamment lorsque l'offre de soins évolue, en particulier dans les zones sans pôle d'attraction fort. On pourrait donc imaginer que des délimitations de territoires obtenues à l'aide de l'analyse de ces flux soient également vues comme dynamiques et rediscutées régulièrement.

Or, comme je l'aborderai dans la partie suivante, il semblerait que les délimitations initiales des CPTS soient perçues par les acteurs comme plutôt figées.

Cette contradiction entre la nature de cet outil et la façon dont il est perçu semble indiquer que, lorsqu'ils sont mobilisés pour délimiter les CPTS (ce qui est rarement le cas dans les faits), les flux fixent de manière pérenne une réalité pourtant ponctuelle.

Le recours aux flux, utilisé comme reflet des consommations (et non des besoins), sert à justifier l'intégration ou l'exclusion de communes précises. J'exposerai dans la section suivante une logique inverse, fondée sur une quantité de commune à inclure ou exclure, sans réelle distinction.

Taille et effet de seuil

La « taille humaine »

Comme je l'ai évoqué plus haut, les projets de CPTS sont généralement portés par quelques professionnel·les, voire un·e seul·e. L'équipe qui se constitue autour est également restreinte. Cela est dû à plusieurs raisons parmi lesquelles il me semble essentiel de citer : la méconnaissance du dispositif et du projet naissant à proximité (spatiale), l'absence de bénéfice individuel perçu par les professionnel·les, et la réticence à s'engager dans des tâches supplémentaires, d'autant plus qu'elles sont perçues comme « administratives ». Par conséquent, les membres actifs·ves sont généralement peu nombreux·euses et le taux d'adhésion⁹⁹, lorsqu'il est haut, n'est pas le reflet d'une bonne connaissance du fonctionnement et des actions de la CPTS.

Ainsi, quelques professionnel·les se retrouvent « en charge » d'un territoire dont l'étendue, lorsqu'elle est perçue comme trop importante, peut nourrir des inquiétudes de gestion et risquer de les décourager.

Comme vu plus haut, les enquêté·es évoquent souvent la « taille humaine » des CPTS. Un des objets principaux du dispositif étant à leurs yeux le rapprochement de professionnel·les afin de créer de la cohésion et de faire communauté, préalable qu'ils et elles voient comme indispensable au développement d'habitudes de travail partagées.

« Il y avait une volonté de faire petit, mais bien, dès le départ. Et ça, j'ai trouvé ça totalement pertinent, parce que c'est quand on a un petit projet bien mené, bien ficelé, avec une jolie dynamique, que ça donne envie aux autres professionnels de venir.

(...)

Je crois qu'il faut faire attention à la taille... Grand ne veut pas forcément dire mieux. Voilà. Je crois que des CPTS à taille humaine, on sait à peu près qui est le responsable, qui est le trésorier, comment ça fonctionne. »

Entretien, Estelle J, consultante en santé

Se lancer dans le montage d'un projet de CPTS est un parcours éprouvant, comportant un important risque d'épuisement et de découragement. Ce risque est d'autant plus grand que le territoire est étendu et les projets ambitieux. Les porteurs·euses peuvent se sentir

⁹⁹ Proportion de professionnel·les de santé exerçant sur le territoire de la CPTS qui y adhèrent.

dépassé-es par un espace qu'ils et elles n'arrivent pas à s'approprier ou par un nombre de professionnel·les qu'ils et elles ne se voient pas fédérer.

Cette idée de territoire à taille humaine, où « on sait à peu près qui est responsable, qui est le trésorier » est donc à mettre en lien avec la volonté de respecter la notion de territoire vécu évoquée précédemment. S'ils doivent faire « une heure de route », les professionnel·les ne viennent pas aux réunions¹⁰⁰. Parce que le temps de trajet est trop important, mais également parce qu'ils et elles ne se connaissent pas et n'ont pas d'habitudes de vie si loin de chez eux.

Ainsi, la restriction de l'étendue du territoire de la CPTS peut être le résultat d'une volonté de garantir sa cohérence avec les pratiques quotidiennes des habitant·es (dont les professionnel·les de santé font partie). Je constate dans mon étude que les porteurs·euses envisagent difficilement la construction de projet avec des professionnel·les vivant au-delà de ce territoire vécu. Il arrive qu'ils et elles en fassent le constat en cours de route, les incitant alors à revoir leur idée initiale.

« Il est arrivé une ou deux fois que les professionnels se disent “Bah non en fait, on se rend compte que le territoire qu'on s'est dit initialement, il est trop grand en fait. Notre réalité, nous, au Nord, c'est pas la même réalité qu'au Sud” et ils ont fait le choix donc de scinder un projet de CPTS en deux projets de CPTS. »

Entretien, Morgan R, ARS

Ailleurs, certaines CPTS font le choix de garder la même délimitation mais envisagent de se sectoriser, ce que j'aborderai dans la dernière partie.

Ces exemples montrent que la façon dont est pensé le territoire par les porteurs·euses n'est pas figée. Sur plusieurs terrains d'enquête, ils et elles me font part de leur volonté de « commencer petit », en termes d'espace mais également de projets, ce qui leur permet de « créer une dynamique » plus facilement. C'est ce que m'explique Jean M, membre de la direction de la Cnam.

«Le discours que je leur tenais, [c'était] de leur dire (...) “Ne vous épuisez pas à faire des projets qui vont vous damner pendant deux ans (...) faites un projet, je dirais... Suffisant pour qu'il y ait un peu de consistance, mais, après, partons du principe

¹⁰⁰ Entretien, Suzanne T, infirmière

qu'un projet de CPTS, ça se construit dans la durée, et que, quelque part, ce qui est important pour créer la dynamique, c'est de commencer à faire des choses, même si on n'en fait pas beaucoup, on les fait." »

« Commencer petit », que ce soit en termes de délimitation du territoire ou d'ambition des projets apparaît comme un facteur de réussite et un élément rassurant en se lançant dans l'inconnu pour les équipes porteuses. Et ce d'autant que les CPTS ont intérêt sur le plan financier à limiter le nombre d'actions prévues par le contrat tripartite signé avec l'ARS et la CPAM et réévalué chaque année en dialogue de gestion. En effet, l'ACI ne prévoit pas un financement de chaque projet mais une enveloppe prédéfinie par mission. Le taux maximal d'accomplissement des objectifs est donc plus facilement atteint si ceux-ci sont moins nombreux.

La taille de la CPTS, définie dans l'ACI en fonction de la population couverte¹⁰¹, est l'autre facteur déterminant pour leur financement. Ce paramètre est très bien intégré et pris en compte par les équipes porteuses, ce qui peut les pousser à chercher à augmenter la population couverte si la CPTS se trouve juste en dessous du seuil supérieur. C'est l'effet de seuil de l'ACI.

Effet de seuil

« Si vous êtes une CPTS de taille 2 avec 75 000 habitants et que vous savez que si vous montez de 5000 habitants, vous gagnez 100 000 euros de plus, quasiment. Enfin... En gros. Ben, ouais, vous allez peut-être essayer d'aller chercher les petites communes à côté... »

Entretien, Elodie L, coordinatrice de CPTS

La façon dont est conçu l'ACI est à l'origine d'un important effet de seuil qui est très régulièrement évoqué dans les entretiens mais aussi dans les différentes observations que je mène (comme les journées nationales des CPTS).

L'importance de cet effet est liée à la différence du montant du financement maximal pouvant être obtenu entre chaque taille de CPTS d'environ 100 000 euros, et à l'absence totale de progressivité dans le passage d'une taille à l'autre. Ainsi, pour une CPTS de taille 1 se trouvant proche du seuil supérieur, le passage la taille 2 peut entraîner une augmentation d'un tiers des financements prévues par l'ACI en augmentant seulement de

¹⁰¹ Il existe quatre tailles, allant de moins de 40 000 habitant-es à plus de 175 000 (Cf. introduction).

quelques milliers, voire centaines, le nombre d'usagers qu'elle couvre (soit moins de 5%). On comprend donc bien que cette situation est très peu satisfaisante.

Je l'observe sur le terrain, cet élément étant clairement et précocement identifié par les porteurs-euses qui cherchent, dans ce cas, à aller « glaner »¹⁰² quelques communes initialement non prévues. Dans au moins deux des CPTS enquêtées, cette préoccupation est centrale dans la délimitation du territoire, et les personnes rencontrées assument parfois la diminution de la cohérence du territoire finalement obtenu.

C'est le cas dans un CPTS passée proche d'être rétrogradée dans la taille inférieure à la suite d'un recomptage de la population couverte. Craignant que son budget soit amputé alors que les charges fixes étaient importantes (les salaires, notamment), l'équipe porteuse s'est adressée à l'ensemble des communautés voisines qui s'étaient créées entre temps (ne laissant aucune commune non couverte facilement récupérable), pour leur demander de leur transférer des communes et éviter cette rétrogradation. Dans cette démarche, la CPTS en difficulté n'avait pas formulé de préférence et était prête à accepter toute commune limitrophe. Ce cas extrême permet d'illustrer les conséquences de cet effet de seuil de l'ACI sur la façon dont le territoire est pensé par les acteurs.

En étendant leur territoire, les CPTS ont de plus grandes difficultés à fédérer les professionnel·les de santé. En contrepartie, elles sont mieux identifiées par les autres acteurs institutionnels.

Représenter ou fédérer ?

« (...) On se disait “La MSP, on voit bien que c'est la bonne maille pour prendre en charge une patientèle”, mais il manquait, en fait, une maille plus haute pour parler aux centres hospitaliers, notamment, pour parler aux élus... »

Entretien, Sophie G, Cnam

La concurrence entre ces deux enjeux montre bien que les porteurs-euses ont des visions différentes de l'objet des communautés, et donc sur le territoire adapté. La CPTS évoquée au-dessus (passée proche d'une rétrogradation dans la taille inférieure), est étendue sur plus de 40% des communes de son département. Son étude m'a permis de percevoir

¹⁰² Entretien, Corinne C, médecin généraliste (« Il a fallu glaner des communes à d'autres CPTS pour arriver à cette taille 4. »)

particulièrement bien la concurrence entre enjeux de représentation et fédération des professionnel·les. Cette CPTS est centrée sur la préfecture, où se trouve le centre hospitalier établissement-support du GHT. Par ailleurs, plusieurs professionnel·les élu·es de son bureau sont également élu·es dans leur URPS, et certain·es entretiennent des liens étroits avec la mairie¹⁰³. Leur expérience politique de représentation est donc nettement supérieure à la moyenne des *libéraux*, ce qui est précieux pour se rapprocher de partenaires institutionnels. Pour professionnaliser cette démarche, l'équipe a fait le choix de recruter une directrice de la stratégie à temps plein, dont un des rôles est d'aller à la rencontre de ces partenaires, principalement départementaux, afin de nouer avec eux des liens qui font de cette CPTS un interlocuteur unique dans le département.

Les différents membres de la CPTS rencontrés, habitant pour la plupart dans la ville-centre, reconnaissent que les professionnel·les situé·es en périphérie de la CPTS, à près d'une heure de voiture, dans des zones qu'ils et elles ne connaissent pas ou peu, ne participent pas aux réunions et ne connaissent pas les actions menées. Il semblerait même qu'ils et elles n'identifient pas le coordinateur de la CPTS, pourtant censé faire le lien entre la structure et les professionnel·les.

Les 90 kilomètres qui séparent les extrémités les plus éloignées de la communauté sont un obstacle majeur, et je comprends que sa capacité à fédérer les professionnel·les du territoire est limitée. En contrepartie et grâce, notamment, au travail de sa directrice, la CPTS est bien identifiée par les acteurs départementaux. Je le constate à l'occasion de plusieurs réunions auxquelles je participe (conseil territorial de santé, réunion de suivi des de l'offre de soins primaires organisée par la CPAM). Ces acteurs semblent même parfois voir cette CPTS comme la seule du département, montrant bien le succès de cette volonté de représentation, critiquée par les communautés voisines qui se sentent invisibilisées.

Une autre CPTS très étendue que j'enquête est issue de la fusion imposée par l'ARS (d'après les dires des enquêtés) de trois projets. Les porteurs sont donc dans une position idéale pour percevoir cette problématique. En effet, ils ont pu observer au cours de ce processus l'augmentation de leur pouvoir de représentation au détriment de leur capacité à fédérer les professionnel·les, avec toutes les conséquences que cela entraîne. Ils en tirent des conclusions contrastées, que Thomas F, pharmacien et co-président de la CPTS, résume ainsi :

¹⁰³ Une membre du bureau est mariée avec un professionnel de santé membre de la CPTS et élu au conseil municipal.

« On n'a pas la dimension optimale à mon avis... A mon avis, une dimension optimale, c'est une CPTS taille 2. Parce que, là, on navigue un gros paquebot ! Si tu veux des gens qui soient impliqués, il faut que ça leur parle quand ils viennent bosser, faut pas que ce soit trop grand. (...) A devenir trop gros, tu deviens toi-même une institution. Alors, t'as plus de poids politique, mais t'as des emmerdes ! »

Cette idée selon laquelle des questions d'administration, d'organisation et de pouvoir apparaissent lorsque les CPTS grandissent revient à plusieurs reprises, notamment dans l'entretien avec Nathalie JS, médecin généraliste représentante du mouvement Médecins pour demain ayant quitté la CPTS couvrant sa commune d'exercice après avoir initialement participé aux réunions.

« Et, à la rigueur, finalement, même nous, dans ce qu'on faisait au tout début, avant que tout ça [la CPTS] existe, on avait un mini secteur de garde, on était treize médecins, et ça fonctionnait du tonnerre ! Voilà, donc, dès qu'on passe à des trucs où on est quarante, cinquante médecins... Déjà, comme j'ai dit [en parlant de son cabinet de groupe], on a du mal à s'entendre à quatre, alors s'entendre à dix-quinze, c'est peut-être gérable, mais s'entendre à quarante... C'est là où je me dis que la volonté, elle n'est pas que ça vienne du terrain. Si la volonté était vraiment que ça vienne du terrain, on laisserait des communautés beaucoup plus petites, qui peuvent s'entendre... Dès qu'on va mettre trop de monde dedans, on sait que c'est voué à l'échec, ou alors il va falloir que ça soit une hiérarchie descendante. C'est comme si on demandait à l'hôpital qu'il n'y ait pas de chef de service, pas de directeur de l'hôpital, et que l'hôpital allait s'auto-gérer, c'est pas possible ! Il y a forcément, sur des structures aussi grosses, une hiérarchie et une vision descendantes. »

Je suis frappé par les similarités entre ces deux discours pourtant tenus par des professionnel·les aux postures opposées. L'un est co-président de CPTS et l'autre a finalement rejeté totalement ce modèle pour se rapprocher de la mouvance « ultra-libérale » au sein du collectif Médecins pour demain. Pourtant, tous les deux mettent en avant le fait qu'en grandissant, un petit collectif devient à son tour une « institution » comparable à un hôpital. Qu'en s'élargissant, une CPTS ne peut plus fédérer un groupe de collègues qui dépasse le cercle des connaissances préexistantes, à la fois pour des questions de représentation qui risquent de prendre le dessus (« t'as plus de poids politique, mais t'as des emmerdes ») mais aussi pour des raisons organisationnelles. En effet, Nathalie

JS met en avant la difficulté à gérer horizontalement une grosse structure. Les enjeux de coordination d'une CPTS comptant un nombre important de professionnel·les semblent donc également concurrents de ceux de fédération, car les proximités spatiales et aspatiales diminuent. Il ressort de cette enquête que la gouvernance instaurée au sein des CPTS est perçue par les *libéraux* comme un lien hiérarchique, ce qu'ils et elles rejettent. Leur difficulté à concevoir un fonctionnement associatif limitant le risque de concentration des pouvoirs, à envisager une sociocratie au sein de leur communauté, est probablement en lien avec leur culture professionnelle indépendante, mais cette question qui n'a pas été au centre de mon enquête nécessiterait d'être approfondie par un travail consacré.

Je constate toutefois dans que les enjeux de pouvoir internes (liens hiérarchiques entre *libéraux*) et externes (liens avec les institutions) qui émergent au sein des CPTS les plus étendues ont des impacts forts sur leur processus de création. Ils peuvent dans certains cas inciter les porteurs·euses à étendre ou restreindre cette étendue, à priori ou à posteriori, via des logiques d'extension, fusion, division ou sectorisation que j'aborderai dans la partie suivante. Ils peuvent inciter les professionnel·les à prendre part à ce processus ou au contraire les en dissuader.

Il arrive également que les *tutelles* soient à l'initiative des dynamiques d'extension des CPTS, dans le but d'éviter l'apparition de *zones blanches*.

Je vais maintenant traiter ces contraintes extérieures qui s'exercent sur les porteurs·euses de projet de CPTS et qui ont des impacts concrets sur leur délimitation.

Contraintes extérieures et articulations

Dans cette quatrième et dernière catégorie de dynamiques, j'ai choisi de regrouper les contraintes imposées par les *tutelles* et la volonté des équipes de CPTS d'articuler la délimitation de leur territoire à celui de partenaires, en particulier l'intercommunalité. Alors que je les avais initialement traitées de façon séparée, j'ai choisi de les aborder ensemble car elles ont en commun de donner à un acteur extérieur un rôle important dans la délimitation des CPTS, et donc de jouer sur la façon dont elle est pensée par les porteurs·euses.

« Ils ont même des objectifs côté Assurance maladie où on sait qu'ils ont des bonus sur le taux de couverture de leur département et tout¹⁰⁴. On sait que ça pousse de tous les côtés pour qu'il y ait des CPTS sur les territoires. Et on se sent bien, parfois, le *forcing* sur les zones atones, *et cætera*. C'est à dire qu'il faut une CPTS. Donc, limite [la CPAM nous a dit] "Coudron¹⁰⁵, est-ce que vous pouvez monter plus au Nord ? Et puis, la CPTS d'à côté, vous pouvez pousser un peu vers telle commune ?" Enfin, voilà. En gros, sans parler cohérence, des fois, c'était "Faut couvrir, faut couvrir." »

Entretien, Elodie L, coordinatrice de CPTS

Les contraintes que je qualifie d'extensives sont exercées par les *tutelles* afin que la délimitation du territoire initialement proposée par les porteurs-euses soit élargie à certaines communes limitrophes. C'est notamment le cas lorsque celles-ci sont peu dynamiques, lorsqu'il est redouté qu'elles deviennent des *zones blanches* (ou « atones »)¹⁰⁶ si elles ne sont pas incluses dans la CPTS en construction. Ces contraintes sont plus ou moins fortes, allant d'un accord issu de discussions apaisées à la menace de refus de validation du projet, observée dans un cas. L'importance de l'extension demandée est également très variable, allant d'une ou deux communes à un doublement du territoire couvert, voire plus. Comme vu précédemment, la validation de la lettre d'intention est l'occasion pour les *tutelles* de discuter la délimitation du territoire de la CPTS. En effet, après cette étape, l'équipe porteuse se lance dans la réalisation du diagnostic territorial et la rédaction du projet de santé, nécessitant que la délimitation soit stabilisée. L'ARS est l'interlocuteur principal des porteurs-euses de CPTS dans la phase initiale du processus de création, cependant, comme on le voit dans l'extrait de l'entretien avec Elodie L, les CPAM ont également des incitations en lien avec le taux de couverture. Les deux institutions sont contraintes par une même « politique du chiffre », mais c'est l'ARS qui l'incarne principalement auprès des équipes porteuses lors des étapes initiales du projet.

Par exemple, en région Paca, c'est l'ARS qui est à la tête de commissions *ad hoc* appelées Commission de coordination de l'offre de proximité départementale, se réunissant afin

¹⁰⁴ Elodie L fait référence à l'intéressement des directeurs-rices de CPAM.

¹⁰⁵ Ville-centre de la CPTS, utilisée ici pour la désigner.

¹⁰⁶ Les termes « zones blanches » et « zones atones » sont alternativement utilisés sur le terrain et dans les documents officiels. Les « zones atones » sont définies comme celles « sans projets à ce stade pour [lesquelles] l'identification d'un ou plusieurs leaders nécessitera une démarche proactive » (DGOS et Cnam 2023).

d'instruire les projets déposés par les équipes porteuses¹⁰⁷. De telles commissions existent dans l'ensemble des régions et départements étudiés, dans des formats différents. Elles regroupent généralement les différentes thématiques en lien avec l'exercice coordonné (notamment le suivi du déploiement des MSP).

Parmi les participant·es on retrouve notamment les *tutelles*, les représentant·es des professionnel·les, ainsi que les élu·es. L'organisation de ces commissions traduit le changement de culture impliqué par le déploiement des CPTS au sein des *tutelles*, notamment concernant les relations entre Assurance maladie et ARS.

Lorsque l'Assurance maladie participe précocement aux échanges concernant les projets de CPTS les enquêté·es comme facilitant pour la suite, sachant que la CPAM « prend ensuite le relai » pour l'organisation et la direction des dialogues de gestion.

A noter que la couverture territoriale du réseau Assurance maladie est plus fine et celle les délégations départementales des ARS. Pour illustrer cela, les effectifs des délégations départementales se comptent généralement en dizaines et celui des CPAM en centaines. Cette différence est cohérente avec l'organisation de ces réseaux, l'ARS étant principalement organisée autour de son siège régional, avec des antennes au sein des départements, tandis que l'Assurance maladie est historiquement départementale, avec ses CPAM, et la mise en place d'un échelon de coordination régional est récente¹⁰⁸.

Les situations varient largement entre les départements et régions étudiées, mettant en lumière la diversité des postures adoptées par les *tutelles* et des enjeux de changement de culture professionnelle sous-tendus. Certaines gardent un fonctionnement plutôt autoritaire et descendant, traduisant leur perception de leur rôle comme un rôle de pilotage. Cette vision contraste avec la posture d'accompagnement des professionnel·les et de co-construction promue au niveau central et retrouvée sur certains terrains d'enquête. Les *tutelles* enquêtées cherchent souvent, non sans difficulté, un équilibre entre ces deux postures, dans une volonté de ne pas décourager les rares et fragiles initiatives, tout en veillant à ne pas laisser se créer des *zones blanches*. Le discours d'Amélie L, qui travaille au sein d'une ARS, illustre bien cette recherche de compromis négocié avec les porteurs·euses. Elle évoque en entretien le processus de création d'une CPTS dont le territoire était perçu comme trop restreint par ARS et CPAM. A l'issue de négociations décrites comme difficiles, il a été convenu que la CPTS inclurait une partie des communes souhaitées dès sa création, et que les autres seraient rattachées par la suite, lorsque le fonctionnement de la structure serait stabilisé. Je ne suis pas en mesure d'évaluer dans quelle mesure ce compromis

¹⁰⁷ <https://www.paca.ars.sante.fr/cpts> [version du 23/08/2025]

¹⁰⁸ Le poste de directeur·rice de la coordination de la gestion du risque est créé en 2006.

convient aux différentes parties mais force est de constater que ces commissions créent un espace de négociation autour de ces questions de délimitation et de couverture.

Un point de vue exprimé par certain·es enquêté·es travaillant dans au sein des organismes de tutelle est l'idée qu'un déploiement en deux phases, dont la première, libre, entraînerait l'apparition de territoires « peu cohérents » à leurs yeux, est assumée. Selon ce point de vue, il conviendra de « rationaliser » ces délimitations dans un second temps, ce qui sera facilité par la maturité acquise par les CPTS et leur appropriation par les professionnel·les de santé.

J'observe à plusieurs reprises au cours de mon enquête des exemples de CPTS dont la délimitation a été revue après plusieurs mois ou années de fonctionnement. Les contraintes extensives y ont parfois une part de responsabilité, ce qui montre qu'elles peuvent continuer de s'exercer après la phase de création de la CPTS à laquelle je me suis intéressé dans ce travail.

Ce positionnement est d'ailleurs assumé par le Ministère en charge de la santé et l'Assurance maladie qui ont lancé en 2023, par le biais d'une instruction co-signée, une *task force territoriale* dont l'objet est « d'atteindre la couverture à 100% du territoire » (DGOS et Cnam 2023), reprise ensuite dans le « Plan 100% CPTS » (Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professionnels de santé 2023). Pour ce faire, les *task forces* déclinées « au niveau de chaque département » doivent notamment identifier, pour chaque *zone blanche*, s'il semble plus opportun de la rattacher (en la divisant ou non) à une ou plusieurs CPTS voisine(s), ou bien de tenter d'impulser la création d'une nouvelle communauté. Un plan d'action doit être proposé pour l'intégralité du territoire, ce qui ne semble pas avoir été le cas.

Cette approche d'un déploiement des CPTS en deux phases, dont la deuxième est plus ou moins choisie et consentie par les porteurs·euses de CPTS, soulève des questions sur la façon dont se rapprochent *libéraux* et *tutelles* au cours du processus de délimitation des CPTS.

Les contraintes restrictives

A l'opposé, j'ai identifié au cours de cette étude des contraintes que je qualifie de restrictives. Au cours des entretiens menés avec les porteurs·euses de CPTS, en les confrontant à la carte de leur communauté, des frontières apparaissent comme évidentes à leurs yeux et je comprends qu'elles n'ont pas été discutées au cours du processus de création.

J'en relève trois types : les frontières naturelles (mer, montagne), les limites administratives (département, région), qui sont intégrées par les équipes alors qu'elles pourraient choisir d'en faire abstraction, et les limites des CPTS voisines préexistantes, qui pourraient faire l'objet de discussions mais nous avons vu précédemment que celles-ci n'existent que rarement en pratique.

Concernant les frontières naturelles, la question des reliefs constitue parfois un point de crispation avec les *tutelles* dans les régions montagneuses. Les porteurs-euses dénoncent la déconnexion des administrations lorsqu'elles demandent le rattachement de communes difficiles d'accès par la route, bien qu'elles paraissent proches sur une carte.

La liberté de dépasser les limites administratives, centrale dans l'esprit du dispositif qui ne veut pas imposer aux « réalités de terrain » des contraintes « extra-sanitaires », est peu vue en pratique. En effet, à partir de l'Atlas de la DGOS (version janvier 2024), je décompte moins de 10% de CPTS inter-départementales et 13 CPTS inter-régionales¹⁰⁹. A noter que, dans la grande majorité des cas, seules quelques communes « débordent » sur le département ou la région voisine. Toutefois, quelques-unes sont réellement « à cheval » sur plusieurs départements ou régions et j'ai l'occasion d'étudier deux CPTS dans ce cas. Les enquêté-es me rapportent chaque fois des difficultés de gestion en lien avec une duplication des interlocuteurs. La réglementation prévoit dans ce cas que l'adresse du siège de la CPTS détermine les *tutelles* responsables, mais les membres de CPTS que je rencontre déplorent l'absence de coordination entre régions ou départements.

En dehors de ces quelques contre-exemples de communautés interdépartementales ou régionales, les porteurs-euses semblent avoir globalement intégré ces limites.

Cette frontière administrative n'est généralement pas abordée spontanément par les enquêté-es membre de CPTS se trouvant à la limite d'un département ou d'une région, elle leur semble généralement évidente.

Pour finir, la préexistence de CPTS voisines semble avoir un impact très important sur la façon dont les territoires sont pensés par les porteurs-euses. Ainsi, au fil de mes entretiens, réalisés avec des membres de CPTS plus ou moins récentes, je constate justement que la précocité de la démarche est déterminante. En effet, lorsqu'une CPTS a été créée plus

¹⁰⁹ Sur 754 CPTS à des niveaux de maturité différents : 546 en fonctionnement (ACI signé), 29 prochainement en fonctionnement (projet de santé signé), 179 en cours de création (lettre d'intention signée).

tardivement, dans un espace circonscrit, la question de la délimitation du territoire ne se pose pas, ou plutôt ne fait pas l'objet de débat, sauf éventuellement à la marge, dans le cadre de négociation des frontières avec les CPTS s'étant créés antérieurement (et donc sans cette contrainte) autour.

C'est le cas de la CPTS Sud Clarens décrite dans la sous-partie suivante, qui est venue s'insérer dans un espace déjà « prédéfini » par deux CPTS, une limite départementale, et la mer.

Lorsqu'aucune CPTS n'est présente autour au moment de la création, les porteurs-euses peuvent laisser libre cours aux autres types de dynamiques abordées jusqu'ici. Il semble dans ce cas que l'arrivée ultérieure d'autres CPTS et la cohérence de leur territoire ne sont pas intégrées dans les réflexions. En effet, il ressort de cette enquête que les concertations préalables entre des porteurs-euses de projets sur des territoires voisins semblent. Chacun-e pense son territoire de son côté, ce qui est une façon très partielle de le concevoir, et qui prive les porteurs-euses de ce que pourrait apporter une confrontation de visions sur le sujet.

Il est important de noter que l'absence de contraintes restrictives n'incite pas nécessairement les équipes porteuses de CPTS à s'étendre. Si elles le font parfois, notamment lorsque cela leur permet d'atteindre un seuil de taille ACI supérieur, elles choisissent dans d'autres cas de se limiter à un espace qu'elles se sentent en mesure de maîtriser ou qui leur semble plus en accord avec le « bassin de vie ».

Après avoir analysé les dynamiques liées à des acteurs extérieurs ou frontières s'imposant aux porteurs-euses, je vais maintenant aborder la situation dans laquelle ils et elles font le choix délibéré d'articuler les délimitations de leur CPTS avec celles d'autres découpages extérieurs, lorsqu'ils et elles y voient un bénéfice.

Articulation avec d'autres découpages (la place des EPCI)

« Et puis on a vu ces limites là et on a vu surtout comment l'interaction avec [l'agglo], avec le CIAS, aussi, parce qu'on travaille beaucoup avec eux... Comment on allait pouvoir faire ça pour une partie du territoire quand, eux, ils ont l'obligation de gérer l'ensemble de l'*interco* ? Et puis, on avait l'hôpital qui n'était pas sur le territoire, on avait d'autres polarisations, en fait, qui n'étaient pas sur le territoire, [mais] sur toute [l'agglo]... C'était dommage de ne pas avoir Sénards* dans le territoire, on voyait bien

qu'il y avait un manque de ce côté-là, beaucoup d'associations aussi sur Sénards qui comprenaient pas pourquoi on allait les solliciter alors qu'elles n'étaient pas sur le territoire géographique... Bon, bah, tout ça mis bout à bout, on s'est dit "Mais non, faut partir sur l'ensemble du territoire !" Donc 32 communes de l'agglo de Sénards et qui nous permettent d'avoir beaucoup plus de cohérence avec nos partenaires, et notre partenaire majeur qui est [l'agglo], parce qu'en fait, les missions du CLS, les missions de la CPTS, elles sont très proches, très complémentaires, et en fait, on s'est vite aperçu que s'appuyer sur les... On va dire les techniciens de [l'agglo], avec l'expertise des professionnels de santé de la CPTS... En fait, on a vu qu'au lieu de faire chacun ses choses dans son coin en mutualisant on pouvait faire de belles choses [ensemble], quoi, voilà. Donc c'était une évidence de pouvoir développer tout ça, après, sur l'ensemble de l'agglo. »

*ville-centre de l'agglomération et préfecture du département

Entretien, Stéphane M, masseur-kinésithérapeute

Ce partenariat fort avec *l'agglo* évoqué par Stéphane M, plus largement avec les intercommunalités (ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI))¹¹⁰, est de loin celui qui ressort le plus des entretiens que je mène avec les porteurs-euses de CPTS, en particulier dans les CPTS couvrant des territoires ruraux et péri-urbains.

« Ce qui a prévalu, en termes de logique, c'était la Communauté de communes. (...) Dans le [département], c'est ressorti comme une évidence, je pense, à la fois pour la délégation départementale mais aussi pour les porteurs de projets. Ça a fait un consensus absolu. »

Entretien, Lise H, ARS

Ce constat semble cohérent avec le discours d'enquêté-es ayant une vision nationale sur le sujet, comme Guillaume P, qui travaille à la DGOS.

« Dans certaines régions je me rendais compte que c'était calqué sur les communautés de communes, en fait, les CPTS. Je trouvais ça assez étonnant parce que pour moi ça n'a aucun rapport. (...) Je vois pas le lien, en fait. Je comprends pas pourquoi est-ce qu'on a pris des communautés de communes pour définir des territoires de santé. J'ai trouvé ça un petit peu étonnant. »

¹¹⁰ Stéphane M fait ici référence à une communauté d'agglomération mais il existe d'autres types d'EPCI (métropoles, communautés de communes, etc.).

Guillaume P fait référence à une région en particulier qui ne fait pas partie de mes terrains d'enquête. L'échange avec lui me confirme cependant dans mon choix de centrer mon analyse sur l'articulation des territoires des CPTS avec ceux des EPCI.

Sur le terrain, les porteurs-euses rencontrés identifient bien les EPCI dans leur vie quotidienne, en tant qu'usagers, grâce aux services qu'ils assurent (transports en commun, collecte des déchets, etc.). En tant que CPTS, ils apparaissent comme le principal partenaire sur les plans logistique et politique. Le lien avec les élu-es locaux-ales sont essentiels et l'échelon communal est généralement trop petit. Cela peut être perçu d'emblée par les porteurs-euses ou acquis progressivement, à mesure qu'ils et elles s'approprient le dispositif en fonctionnement. L'exemple de la CPTS Côtes des vents, dont Stéphane M est le président, est édifiant à cet égard. Son bureau s'est rapidement rendu compte de l'importance du partenariat avec l'EPCI et a revu sa délimitation pour que les deux coïncident. Je l'aborderai plus en détail dans la sous-partie suivante.

Les bénéfices de ce partenariat rapportés par les porteurs-euses rencontrés sont généralement d'ordre logistique et organisationnel. Stéphane M évoque une action de dépistage de l'hypertension sur les marchés qui n'aurait pu se faire sans l'aide de « l'agglo », qui leur a mis à disposition un barnum. Dans d'autres entretiens, la capacité de relai auprès des administrés est mise en avant. La CPTS peut par exemple faire la promotion d'actions via le journal ou les réseaux sociaux de l'EPCI. Celui-ci a intérêt à collaborer avec la CPTS. En effet, l'accès aux soins fait aujourd'hui partie des principales préoccupations de la population, et les intercommunalités investissent de plus en plus ces compétences (Le Goff, Mangeney, et Sadji 2024). Toutefois, les élu-es se retrouvent souvent démunis-e pour y apporter des réponses et plus généralement pour investir le champ de la santé sans le concours des professionnel·les. A noter que plusieurs enquêté-es sont à la fois membre de CPTS et élu-e municipal-e.

Le principal outil à disposition des EPCI est le contrat local de santé (CLS) qu'ils signent avec l'ARS (cf. introduction). Comme Stéphane M, de nombreux-euses porteurs-euses relèvent la proximité entre les missions du CLS et celles de la CPTS. Il est donc fréquent que la CPTS soit signataire du CLS, voire participe à sa rédaction. Toutefois, dans certains cas, comme évoqué dans la première partie, les élu-es voient la CPTS comme concurrente, ce qui freine le développement de proximités.

L'EPCI peut mettre à disposition de la CPTS des financements afin de mener à bien des actions partagées. Dès lors, il n'est pas surprenant de constater que les élu-es souhaitent

une cohérence entre le territoire de l'EPCI et celui de la CPTS, sans quoi les fonds versés à la CPTS servent en partie à financer des actions menées sur un EPCI voisin. Dans une CPTS enquêtée, cette situation semble poser problème.

Au-delà de l'allocation des fonds, certain·es élu·es semblent attaché·es à ce que leur établissement « dispose » d'une CPTS, et s'opposent à l'idée que leur commune d'élection soit couverte par la CPTS d'un EPCI voisin. C'est le cas à Sirades, où le maire a tenté de s'opposer au rattachement de la commune où il est élu à la CPTS Sud Clarens, qui couvre l'EPCI voisin. J'aborderai ce cas plus en détail dans la sous-partie suivante.

D'autres exemples d'articulation existent probablement, par exemple en suivant une démarche centrée sur l'offre hospitalière¹¹¹, qui proposerait une délimitation de CPTS correspondant au bassin d'attraction de l'hôpital, mais je n'en ai pas relevé au cours de cette enquête.

Pour finir, j'ai souligné dans la première partie le fait que les déploiements pourtant concomitants des CPTS et des dispositifs d'appui à la coordination (Dac) se font le plus souvent sans concertation. Les limites du Dac étant généralement celles du département (cf. supra), il n'y a donc pas d'articulation entre le territoire des CPTS et celui de la coordination de l'offre médico-sociale.

Après avoir présenté ces quatre catégories de dynamiques à l'œuvre dans la délimitation des CPTS, je vais maintenant examiner le poids relatif de chacune dans le processus de création de quatre communautés enquêtées.

¹¹¹ Dans un article paru en août 2025, trois chercheurs·euses en géographie et sciences de gestion proposent justement de découper la France métropolitaine en (451) territoires à partir de l'analyse des flux de recours aux services d'accueil des urgences. (Kononovich, de Fontgalland, et Macé 2025)

Mise à l'épreuve du modèle

Dans cette partie, je vais tester cette catégorisation des dynamiques de délimitation des territoires de CPTS sur quatre communautés enquêtées dans quatre régions différentes. Pour chacune d'entre-elles, j'ai rencontré entre un-e et quatre professionnel·les ayant activement participé à sa création.

Afin de rendre cette approche plus visuelle, j'ai choisi de représenter cette catégorisation sous la forme de diagrammes en radar, permettant ainsi de pouvoir discuter plus facilement des processus de création de CPTS très différents. Chaque axe est numéroté de 1 à 3, correspondant à l'importance relative de chaque dynamique dans les exemples étudiés :

- 1 : pas d'influence particulière ressortant des entretiens et documents analysés
- 2 : dynamique ayant joué un rôle sans être au premier plan
- 3 : dynamique d'influence majeure

Pour rappel, les quatre catégories de dynamiques présentées dans la partie précédente sont : la prise en compte des bassins de vie et des flux de consommations des soins (BF 1-3), l'existence de contraintes extérieures et la volonté des porteurs-euses que la délimitation du territoire de leur CPTS s'articule avec d'autres (CA 1-3), l'importance de la taille de la CPTS et l'effet de seuil de l'ACI (TS 1-3), et l'influence de relations et organisations préexistantes (RO 1-3).

Il me semble toutefois important de préciser que cette représentation graphique ne doit pas être vue comme une approche quantitative de l'étude des dynamiques jouant un rôle dans la délimitation des CPTS. Elle est seulement la visualisation d'une approche qualitative. Ainsi, ces scores ne sauraient être comparés entre eux, leur valeur est relative et à analyser au sein d'un même exemple. Par ailleurs, cette échelle est subjective et l'écart d'importance perçu entre une dynamique cotée 2 et une autre cotée 3 peut être minime dans certains cas et très important dans d'autres. J'ai cependant fait le choix de ne pas retenir une échelle plus étendue (de 1 à 5 par exemple), pour éviter justement de donner une fausse impression de précision. Pour finir, un diagramme en radar dont l'aire est plus étendue ne traduit pas un souci plus important porté par les porteurs-euses à la question de la délimitation du territoire de leur CPTS.

CPTS du Val d'Isambre

La CPTS du Val d'Isambre est une CPTS urbaine de taille 4 couvrant 3 communes limitrophes de la ville-siège d'une métropole. Elle est née de la fusion de 3 projets portés par deux médecins et un pharmacien exerçant sur des communes voisines très diverses

sur le plan socio-économique. En effet, le revenu médian par unité de consommation de la commune la plus riche des trois est plus d'une fois et demie supérieur à celui de la commune la plus pauvre¹¹².

Les porteurs de ces projets n'avaient initialement aucune intention de les fusionner, et avaient même eu un certain mal à en délimiter les frontières, arrivant finalement à « une sorte de Yalta » (TF)¹¹³. Cette fusion a finalement été imposée par l'ARS aux porteurs qui, « au bout de six mois, [ont] craqué » (SB). Selon eux, cette pression de l'ARS était liée à une volonté d'avoir des « grosses pièces de puzzle » et de « combler un gros vide d'un coup » (TF). Au cours de cette période de préfiguration et de négociation avec l'ARS, les trois porteurs se sont progressivement rapprochés et ont finalement trouvé un intérêt à ce rapprochement « forcé ».

« On s'est aperçu qu'on avait, en fait, les mêmes objectifs, et qu'on pouvait très bien travailler ensemble. Et même, maintenant, pour être tout à fait honnête, je me demande comment j'aurais fait tout seul parce que, quand on arrive, on sait pas la masse de travail que ça peut représenter. Mais là, sans mes deux autres comparses, moi j'aurais... Je pense que j'aurais lâché la rame, à un moment ou à un autre. » (TF)

S'il pouvait y avoir des habitudes de travail préexistantes à l'intérieur de chacun de ces trois projets, notamment sur la commune la plus pauvre (réseau de santé, implication de la ville dans les politiques sociales et sanitaires), ces relations et organisations n'existaient pas entre les trois projets.

La CPTS qui en résulte couvre près de 200 000 usagers, ce qui préoccupe les porteurs qui trouvaient déjà conséquent chacun des projets initiaux.

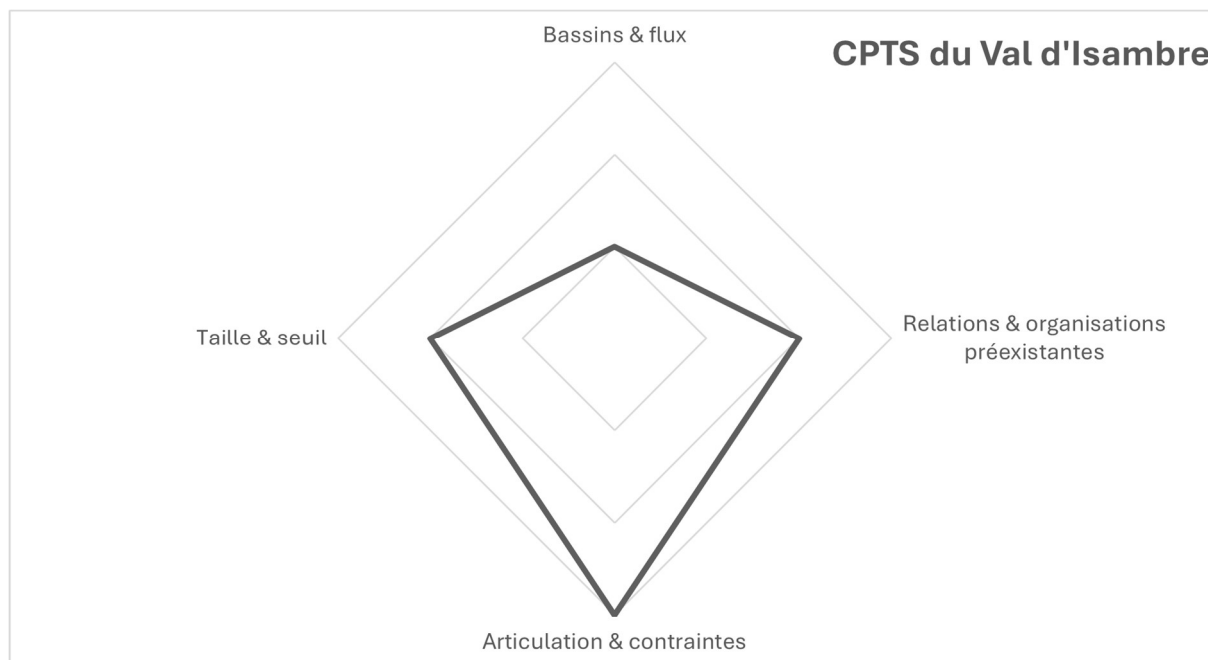
Par ailleurs, la CPTS du Val d'Isambre comporte une particularité. Une des trois communes qui la compose est répartie entre son territoire et celui d'une CPTS voisine¹¹⁴. C'est à ma connaissance le seul exemple de division infra-communale dans les délimitations des territoires de CPTS. Elle est due à l'existence de fortes dissensions entre deux « pôles » de médecins de la commune. Dans le pôle non inclus dans la CPTS du Val d'Isambre se trouve une MSP universitaire, « très rattachée à la fac », via l'accueil d'étudiants, la dispensation de cours et l'encadrement de thèses, et dans laquelle l'équipe de médecins refuse de

¹¹² Revenus et pauvreté des ménages en 2021, Insee
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7758831?geo=METRO-1> [version du 29/08/2025]

¹¹³ Entretien avec Thomas F (TF), pharmacien et Serge B (SB), médecin généraliste.

¹¹⁴ Le découpage est alors fait au niveau des Ilots regroupés pour l'information statistique (Iris) de l'Insee

s'associer à un médecin travaillant à l'autre bout de la commune et dont l'approche est décrite comme « business ».



Le territoire de la CPTS du Val d'Isambre est un assemblage hétérogène d'espaces très divers qui ne semble pas particulièrement prendre en compte les habitudes de vie des usagers (BF1). Il a été façonné ainsi sous la pression de l'ARS (AC3) qui souhaitait mailler rapidement le département de grandes CPTS, malgré les réticences des porteurs à couvrir une population trop importante à leurs yeux (TS2). Ce processus s'est fait progressivement, grâce au développement de relations entre trois professionnels de santé et en prenant en compte le refus d'autres de travailler ensemble (RO2).

CPTS Sud Clarens

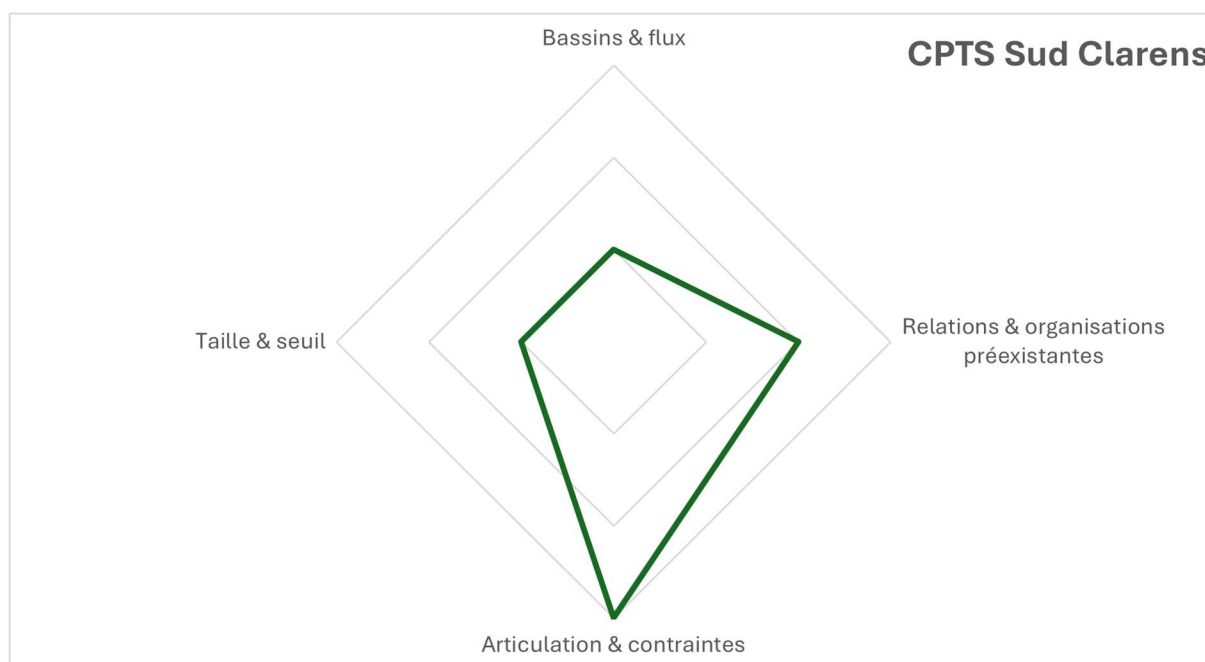
La CPTS Sud Clarens est une CPTS littorale de taille 3 couvrant une dizaine de communes hétérogènes en population et en densité, allant de villes côtières touristiques de plus de 10 000 habitants à des communes rurales très peu denses à l'intérieur des terres.

La délimitation du territoire de la CPTS ne semble pas avoir posé question pour les deux membres de son bureau que je rencontre. C'est la carte en format papier que nous avons sous les yeux sur laquelle je leur demande de représenter le territoire de la CPTS qui me permet de bien le comprendre. Elle semble incarner parfaitement l'idée de territoire contraint. En effet, la délimitation est apparue d'elle-même, à l'Est il y avait déjà une CPTS, au Nord il y a une autre intercommunalité, à l'Ouest il y a la limite du département et au Sud il y a... l'eau.

Les relations et organisations préexistantes ont toutefois une place dans cet exemple. En effet, le territoire de la CPTS était antérieurement associé, à l'Ouest, à celui de la CPTS voisine (créée antérieurement), dans le cadre d'un projet de dispositif de coordination pour le maintien à domicile des usagers porté par deux médecins élus à l'URPS, que « l'ARS n'a pas voulu financer » (EN)¹¹⁵. Des dissensions sont ensuite apparues entre les deux médecins qui ont décidé, lorsque les CPTS ont émergé, d'en créer deux distinctes, divisant le territoire du dispositif en parties Est et Ouest. Aujourd'hui, la commune sur laquelle exerce le médecin porteur et président de la CPTS voisine est rattachée à la CPTS Sud Claren, ce qui représente un enjeu important car cette commune est la plus peuplée de la CPTS, avec plus de 35 000 habitant·es. Cela est dû au fait que les professionnel·les de santé qui y exercent refusent de s'associer à ce médecin qu'ils voient comme quelqu'un qui « ne fait rien s'il n'y a pas un intérêt économique » (EN). Ils et elles ont exprimé cette préférence d'être rattaché·es à la CPTS Sud Clarens par le biais d'un vote organisé lors de la réunion d'information organisée à sa création. Cette décision n'a pas été du goût du maire « qui a une vision administrative et pas "santé" de sa commune » (EN), et qui ne souhaitait pas qu'elle soit rattachée à la CPTS Sud Clarens qui couvre l'EPCI voisin. En effet, il se trouve qu'à cette exception près, le territoire de la CPTS Sud Clarens correspond exactement à celui de la communauté d'agglomération.

Cette articulation avec l'intercommunalité apparaît comme un élément important pour les porteurs. Je le perçois lorsqu'ils m'expliquent qu'ils ont ajouté à leur projet initial deux communes rurales et peu denses situées au nord de leur territoire et non comprises dans le dispositif de coordination préexistant, car « les exclure et les laisser là-haut les aurait complètement isolées », alors que les maires ont déjà l'habitude de se réunir et « [les] problématiques [de ces deux communes] sont prises en comptes dans l'interco. » (EN)

¹¹⁵ Entretien avec Eric N (EN), masseur-kinésithérapeute, et Patrick T (PT), médecin généraliste.



La CPTS Sud Clarens est issue de la division en deux parties d'un territoire de coordination préexistant (RO2). Sa délimitation est principalement guidée par l'existence à chaque extrémité de frontières non discutées (autre CPTS, autre EPCI, autre département) et la volonté de s'articuler avec le territoire de l'EPCI (AC3), ne laissant pas de réelle place à la prise en compte des habitudes de vie des usagers (BF1) ou à la recherche d'une taille optimale pour le bon fonctionnement ou le financement de la structure (TS1).

CPTS Côtes des vents

La CPTS Côtes des vents comporte des caractéristiques géographiques similaires à la CPTS Sud Clarens (littorale, communes très hétérogènes en population, densité, richesse et activité touristique). C'est également une CPTS de taille 3, toutefois cette population est répartie sur un espace deux fois plus étendu (plus de 600 km²) et composé d'une trentaine de communes. Son territoire a été redélimité, après plus d'une année de fonctionnement, ce qui le rend particulièrement intéressant pour cette enquête.

L'équipe porteuse a délimité « d'abord un petit territoire, qui se voulait fonctionnel »¹¹⁶, dont les contours semblent avoir émergé naturellement autour de 10 communes, les professionnel·les ayant « estimé qu'il y avait une logique de territoire, une interaction entre les différents villages. » Sa taille restreinte et le fait que les professionnel·les le « connaissent bien », a un côté « rassurant », facilitant le lancement du projet.

¹¹⁶ Toutes les citations sont extraites de mon entretien avec Stéphane M, masseur-kinésithérapeute.

« On s'est intéressé vraiment à ce territoire tout simplement parce qu'il était à l'échelle humaine, en fait. C'est le territoire de vie au-delà du territoire professionnel. On va faire les courses là-bas, on va chez le médecin ici, le kiné, il est là. »

Mais, assez rapidement, ce territoire initial est apparu comme « trop petit » aux professionnel·les et surtout non concordant avec celui de la communauté d'agglomération (CA) qui, dès les débuts de la CPTS, s'est imposée comme son « partenaire majeur », lui apportant un important soutien logistique. De plus, les missions que la CA s'est fixée en termes de santé via sont CLS sont « très proches, très complémentaires », les deux entités ayant ainsi un intérêt mutuel à travailler ensemble.

« On s'est vite aperçu que s'appuyer sur les... On va dire les techniciens de [la communauté d'agglo], avec l'expertise des professionnels de santé de la CPTS... En fait, on a vu qu'au lieu de faire chacun ses choses dans son coin, en mutualisant, on pouvait faire de belles choses. »

Or, le siège de la CA, ville de plus de 40 000 habitants, se trouve en dehors du territoire initial de la CPTS Côtes des vents, ce qui a accéléré les discussions de redéfinition de celui-ci. En effet, la grande majorité des interlocuteurs de la CPTS (notamment le CIAS, l'hôpital, les associations...) est située dans cette ville et ne « [comprend] pas pourquoi on [va] les solliciter alors [qu'ils] ne [sont] pas sur le territoire géographique ».

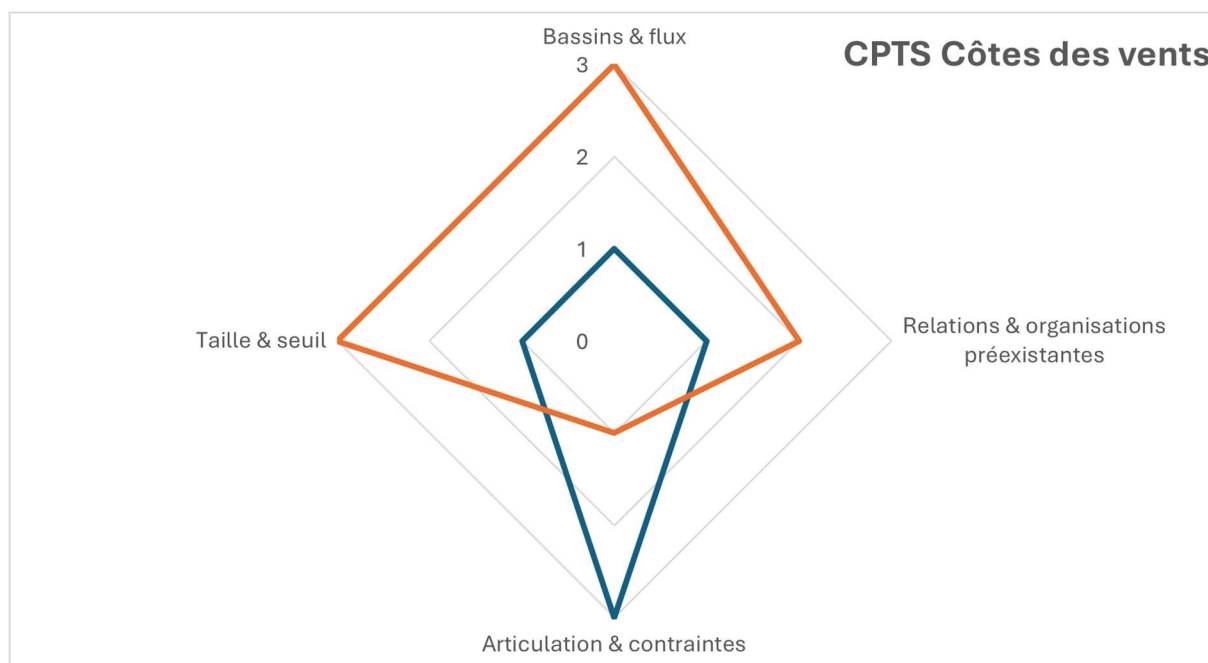
« Déjà sur notre diagnostic de territoire initial, des 10 communes, quand on voyait qu'il y avait quand même cette polarisation en permanence sur Sénards, le bassin d'emploi, l'attractivité, à ce moment-là, on se dit [...] “Mais en fait non, on a raté quelque chose, il nous manque quelque chose !” »

Au moment de s'étendre, la CPTS ne récupère pas que la ville siège de la CA, elle récupère les 23 communes non incluses dans la CPTS initiale. Deux raisons expliquent cela. Tout d'abord, dans le cas contraire, la CA aurait été esseulée dans le déploiement d'actions sur les communes non couvertes par la CPTS, nuisant nécessairement à la qualité de leur partenariat. Ensuite, une autre conséquence aurait été de laisser enclavé, au sud, un ensemble de communes peu denses.

« D'autres CPTS étaient en train de se former, et on risquait d'avoir (...) le sud de Sénards coincé entre les CPTS, puisqu'il n'y avait pas de dynamisme autour de ces territoires. »

Certaines de ces communes avaient déjà été incluses dans une CPTS créée entre temps, et leur transfert a été convenu entre les présidents des deux CPTS « sur une poignée de main ».

Le territoire de la CPTS Côtes des vents est aujourd'hui celui de la CA, à une exception près. En effet, une des communes présentes dans la CPTS dès ses débuts appartient à l'EPCI voisin. Toutefois, elle est décrite comme « polarisée » vers l'est et donc le territoire de la CA et aucun·e professionnel·les n'y exerce, ce qui en fait une commune peu convoitée.



La CPTS Côtes des vents a initialement été portée par un petit groupe de professionnel·les libéraux·ales en exercice solitaire, se connaissant au préalable mais sans habitude de travail développées (orange, RO2), soucieux·euses de garder une taille humaine (orange, TS3) et un territoire cohérent avec leurs habitudes de vie (orange, BF3). Elle s'est ensuite étendue pour s'articuler avec le territoire de l'EPCI (bleu, AC3), renforçant ainsi le partenariat entre les deux structures, au prix de difficultés organisationnelles nouvelles : territoire étendu (bleu, TS1), comportant des zones peu denses et dynamiques, mal connues des porteurs·euses (bleu, RO1, BF1).

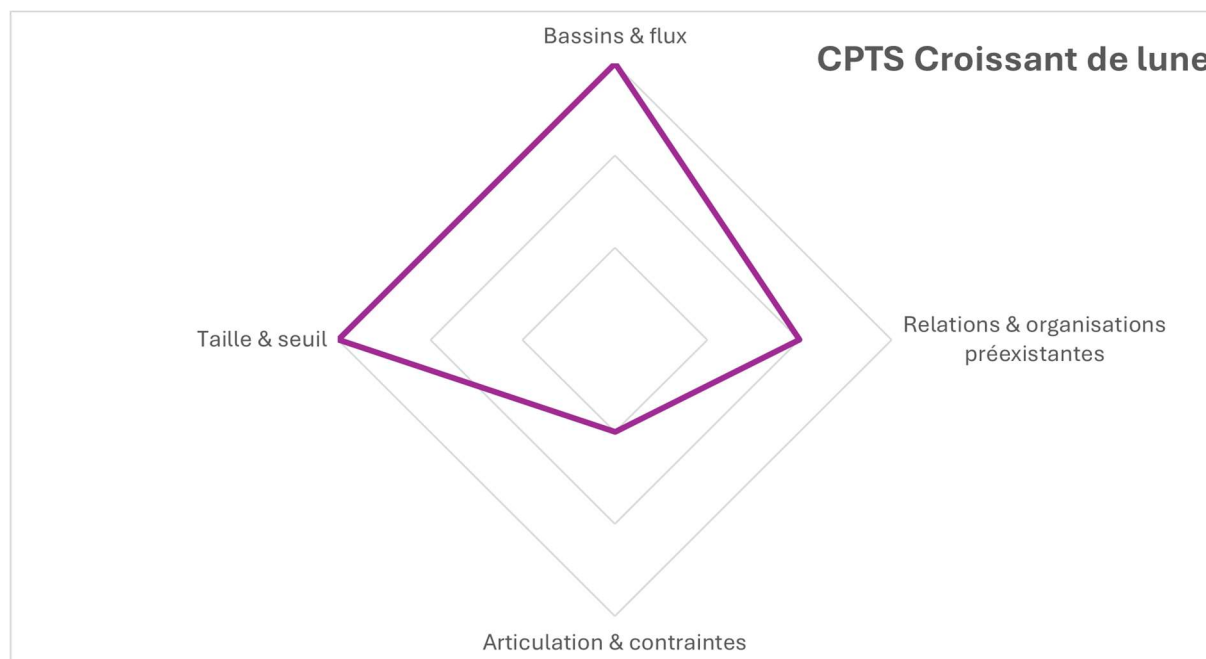
CPTS Croissant de lune

La CPTS Croissant de lune est une CPTS de taille 4 à forte prédominance rurale étendue sur une centaine de communes, centrée sur une ville de plus de 40 000 habitants, induisant une forte polarisation.

Dans une région où une approche par flux de consommation a été mise en place au niveau régional. Cette méthodologie a fait émerger, pour la CPTS Croissant de lune, un territoire très étendu autour de la ville-siège de l'EPCI, dans un département à l'offre de soins très peu dense. Cependant, les tailles des CPTS étant définies dans l'ACI par leur population uniquement, il a fallu, afin d'atteindre le seuil de la taille 4, duquel la CPTS était proche, que l'équipe porteuse « récupère » un certain nombre de communes initialement non prévues.

« On était quand même au seuil haut, par rapport aux subventions. On s'est dit "Il faut vraiment qu'on vise la taille 4 !" »

Ce prédécoupage initial proposé a également été étendu à l'extrémité Sud-Est à quelques communes pourtant éloignées et décrites par plusieurs enquêtés comme appartenant plutôt au « bassin de vie » d'une sous-préfecture voisine. Cela est lié au fait qu'une des membres de l'équipe porteuse initiale, composée en grande partie d'élus de différentes URPS, exerce dans ces communes.



Le territoire de la CPTS D a été délimité en partant d'une préfiguration issue d'une analyse des flux de consommations (BF3), mais il a été sensiblement adapté par la suite. En premier lieu pour permettre à la structure d'accéder aux financements d'une CPTS de taille 4 (TS3), et de manière plus marginale pour permettre aux porteurs-euses se connaissant au préalable, via leurs mandats électifs au sein des URPS, de continuer à travailler ensemble sur ce projet (RO2).

Discussion de cette approche graphique

La représentation visuelle de cette catégorisation fait ressortir plusieurs éléments intéressants et points de vigilance. Sa principale force est à mon sens de rendre compte en un coup d'œil des tendances fortes du processus de délimitation qui nécessitent, pour les percevoir, un travail d'enquête approfondi. Celui-ci comprend notamment des échanges avec les porteurs-euses, avec leurs interlocuteurs-rices (*tutelles*, partenaires extérieurs), et parfois avec les professionnel·les de santé non adhérent·es et les CPTS voisines.

Toutefois, ces représentations ne se suffisent pas à elles-mêmes. Comme les cartes utilisées dans les entretiens, elles servent plutôt de support pour aborder des situations à chaque fois uniques. On voit bien, notamment avec les graphiques des CPTS Croissant de lune et Côtes des vents (dans sa première version, tracé en orange), qui ont toutes deux une note maximale dans la catégorie « Taille & seuil », traduisant pourtant des réalités opposées. La première cherche à être en taille 4 pour obtenir des financements supplémentaires lorsque la seconde tient à garder une taille « humaine » plus facile à gérer.

Enfin, comme l'analyse des flux de consommation des soins, ces représentations graphiques figent une réalité à une date T, celle de la signature du contrat ACI. Ils ne rendent pas compte du caractère dynamique du processus de territorialisation (au sens d'appropriation du territoire par les acteurs) qui se poursuit au-delà de la signature de plusieurs manières. C'est ce dernier point que je vais aborder dans la sous-partie suivante.

Au-delà de la phase initiale de déploiement

La délimitation du territoire des CPTS n'est pas un sujet clos à la signature du contrat ACI, comme le montrent plusieurs exemples étudiés dans cette thèse. L'évolution des délimitations au-delà de cette date est à mon sens particulièrement intéressante pour éclairer l'appropriation du territoire par les porteurs-euses, car les modifications qui s'opèrent alors sont empiriques, en lien avec des difficultés de fonctionnement, avec l'évolution de leur vision, ou encore issues du développement de nouvelles relations (avec

les porteurs-euses de CPTS voisines, avec des partenaires dont ils et elles se rapprochent). Ainsi, ces dynamiques contrastent avec les processus de création au cours desquels la délimitation faisait figure d'impensé, parfois vue principalement comme une étape du parcours administratif de création de la communauté, comme une liste de communes nécessaires à la rédaction du projet de santé.

Dans cette sous-partie, je distingue deux types de processus de territorialisation se poursuivant au-delà de la signature du contrat-ACI selon qu'ils entraînent ou non une révision de la délimitation initiale des CPTS.

Revoir les limites des CPTS en fonctionnement

Les évolutions de délimitation post-signature touchant aux limites initiales des CPTS identifiées dans cette thèse sont : les échanges de communes entre CPTS voisines et les agrandissements de territoires en lien avec l'exercice de contraintes extensives.

Les échanges de communes

« Il y a des choses qui se sont montées un peu vite ou sans avoir toute la vision globale de son territoire. Il y a des réajustements, là, par exemple, sur des communes où ça a peu de sens. Il n'y avait pas de voisins CPTS, après il y en a, et, du coup, ça se rediscute quand vous avez quelqu'un qui arrive à votre frontière et qui dit "Bah, là, je comprends pas que t'aies pris cette commune-là, elle est chez moi." Enfin voilà, c'est cohérent. Donc ça c'est des choses qui vont se reconfigurer, qui vont se discuter en bonne intelligence. »

Entretien, Elodie L, coordinatrice de CPTS

Le principal cas de figure dans lequel des échanges de communes sont observés semble être l'installation d'une CPTS à côté d'une autre déjà en fonctionnement. Nous avons vu dans la première sous-partie que la règle pouvait se résumer à « premier-e arrivé-e, premier-e à décider », et que la première CPTS à se constituer n'anticipe généralement pas l'impact de sa délimitation sur la cohérence des territoires voisins.

L'installation d'une communauté limitrophe est donc une occasion d'aborder ces questions entre équipes porteuses, lorsque par les nouveaux-elles arrivant-es estiment que les limites de la CPTS pré-existante empiète sur leur territoire vécu (« Je comprends pas que t'aies pris cette commune-là, elle est chez moi. »).

Cet argument s'appuie sur le ressenti des porteurs-euses en tant qu'habitant-es de ces territoires, en invoquant parfois la cohérence avec les pratiques des usagers. Celles-ci ne sont pas objectivées, dans les cas observés, en ayant recours à des outils tels que l'analyse de flux de consommation, mais rapportées par les porteurs-euses, qui insistent sur le fait que les habitant-es des communes concernées « viennent se faire soigner » chez elles et eux.

D'autres situations peuvent donner lieu à des échanges de communes. C'est le cas de la CPTS Côtes des vents, évoqué précédemment, qui a cherché à récupérer « trois, quatre communes » pour s'articuler à la délimitation de la communauté d'agglomération. Ce transfert a été convenu facilement entre présidents, grâce notamment au fait que ces communes ne présentaient pas de grand enjeu¹¹⁷.

« SM : Ça s'est fait sur une poignée de main, à la sortie d'une réunion où j'ai discuté avec le président [de la CPTS voisine]. Je lui ai dit "Ecoute, tu sais que nous on va s'étendre, là, par souci de cohérence. On voudrait coller un peu au territoire de l'agglomération." Il m'a dit "Mais il n'y a pas de problème !" »

EH : Et ça représentait combien de communes ?

SM : C'était trois, quatre communes. Alors attention, c'était des communes de 200 habitants. Ça aurait pu avoir un impact si on changeait le seuil, peut-être, de la CPTS. Mais non, là, il n'y avait pas d'enjeu de ce côté-là. »

Entretien, Stéphane M, masseur-kinésithérapeute

Ces transferts s'effectuant « en bonne intelligence » vont dans le sens de l'argumentaire entendu lors de plusieurs entretiens menés avec des agent-es d'administrations (centrales ou locales), selon lequel la carte des CPTS devrait progressivement se « rationaliser » et se « stabiliser » grâce à des transferts de ce type. Après une première phase de déploiement rapide potentiellement génératrice « d'incohérences », une deuxième devrait s'enclencher naturellement et permettre des « réajustements » entre équipes porteuses, sans intervention extérieure nécessaire.

D'autres situations observées sont beaucoup moins paisibles et remettent en question cette hypothèse. C'est le cas de la CPTS Croissant de lune, évoquée précédemment, qui,

¹¹⁷ C'est-à-dire comportant peu d'habitant-es et aucun-e professionnel-le de santé, cf. partie 2, première sous-partie « Les communes vues comme des lieux d'exercice »

lorsqu'elle a cherché à « récupérer » des communes afin d'éviter d'être rétrogradée en taille 3, s'est confrontée à de vives oppositions.

« LV : Moi, je prenais mon poste. En plus, moi, j'ai toujours été salariée et, venant du social et du médico-social, j'avais jamais pu imaginer des aspects concurrentiels à ce point-là. C'est-à-dire que ce soit "Non, non, c'est mon territoire, non, c'est pas le tien." *Et cætera*.

(...)

CR : Le principe, c'était qu'il fallait pas nous aider. »

Entretien, Laure V, coordinatrice, et Cécile R, médecin

Dans ces cas, lorsque les équipes de CPTS n'arrivent pas à se mettre d'accord, il arrive que des questionnaires soient adressés aux professionnel·les exerçant sur la ou les communes concernées, par les équipes porteuses directement ou par le biais des *tutelles* qui peuvent faire office d'intermédiaire dans ce type de situation. Les corps intermédiaires peuvent également participer à la médiation, spontanément ou en lien avec les *tutelles*, comme je l'ai abordé dans la première partie.

Concernant la CPTS Croissant de lune, elle est finalement parvenue à un accord avec une de ses voisines, mais j'ai ressenti les tensions au cours des différents entretiens menés. Cette situation est notamment en lien avec la place prise par la CPTS Croissant de lune, ressentie comme écrasante par les CPTS voisines, notamment dans les relations avec les partenaires (*tutelles*, hôpital, conseil départemental). Mais un autre élément ressort de cet extrait, il s'agit du sentiment d'attachement, voire d'appartenance, qui se crée avec le déploiement des CPTS. Celui-ci est double. En effet, les porteurs·euses se sentent appartenir au collectif de leur communauté, ce qui renforce également un sentiment de possession, en tant que membre de cette communauté, vis-à-vis du territoire de la CPTS (« chez moi », « c'est mon territoire »).

Ainsi, le « mandat » jusqu'ici détenu par les professionnel·les de santé, et notamment les médecins, semble pouvoir évoluer vers une appropriation collective et pluriprofessionnelle avec le déploiement des CPTS.

En effet, lorsque je demande aux membres de CPTS (élu·es ou salarié·es) s'ils ou elles voient la délimitation de leur CPTS évoluer dans le futur, les réponses sont globalement négatives. Ces modifications forceraient une partie des professionnel·les déjà impliquée·s à changer de CPTS de rattachement après y avoir investi du temps et de l'énergie.

Mais au-delà du sentiment de gâchis, ce qui ressort largement est le sentiment d'appartenance qui s'est développé.

« Mais, ça, c'est l'histoire qui fait que c'est compliqué de se séparer de certaines communes de notre CPTS... C'est compliqué parce qu'on a créé un collectif sur la base de ce territoire-là. (...) La question s'est un peu posée l'année dernière, hein. C'est... C'est pas des petits sujets quoi ! Alors, j'imagine que chaque CPTS a une approche différente, mais il y a quand même une fidélisation des professionnels qui sont sur les différentes communes, des nouvelles habitudes qui sont prises, des contacts qui sont pris. D'être attaché à la CPTS de la vallée du Cernon, pour certains, ça peut être plaisant, étonnamment. Donc, ils ont pas envie que ça bouge, quoi. (...) C'est le pouvoir de la carte, j'ai envie de dire. Vous leur avez dit pendant trois ans "Bah, regardez, votre territoire – qui n'est, au final, qu'une construction factice, quelque part – c'est celui-là." Les gens s'y habituent, s'y acclimatent, et parfois des membres du conseil d'administration, par exemple, sont amenés à le présenter, le représenter, le valoriser. Bah ça crée de l'affect, hein. Voilà. »

Thomas J, coordinateur de CPTS

Cet affect semble s'être rattaché également au territoire de la CPTS, et même à sa forme, montrant son appropriation par les membres et son caractère indissociable du collectif.

« C'est bête, mais, en plus, la forme de notre CPTS, là, c'est une sorte de banane un peu bizarre... On a réussi à se dépatouiller pour faire quelque chose de solide avec ça. »

Ce sentiment d'appartenance peut même dépasser le cadre professionnel. C'est ce que je constate dans une CPTS qui s'est opposée au transfert d'une de ses communes à une CPTS voisine au motif qu'une des membres de son conseil d'administration y vivait (mais exerçait ailleurs). Sur un autre terrain d'enquête, les statuts interdisent aux membres d'adhérer également à une CPTS voisine.

Le développement de cette identité nouvelle pour les *libéraux* apparaît donc comme un frein à la modification du territoire une fois la CPTS en fonctionnement, du moins dans le sens de la « perte » de communes. de la communauté pose d'autres questions.

« Y a eu un avis réservé [de la commission locale], avec demandé d'inclure d'autres communes. Je crois qu'on a jamais eu une réponse négative de la part des porteurs sauf pour le coup Pouguières qui avait dit "OK" pour prendre deux petites communes à côté, mais qui avait pas voulu les autres communes. Bon, qu'au final ils ont intégrées quelques années après. (...) On a négocié, quoi ! On a voulu qu'ils en prennent quatre, ils en ont pris deux, et trois ans après ils ont pris les 2 autres (rires). »

Entretien, Amélie L (AL), ARS

Dans cet exemple, on perçoit bien que les contraintes extensives peuvent continuer de s'exercer après la signature du contrat-ACI. Un mail interne que j'ai pu lire précise que « les membres de [la commission] (dont nous [ARS] et l'Assurance Maladie) ont indiqué que le territoire devrait être étendu par la suite », illustrant bien que cette démarche était convenue avec l'équipe porteuse dès le départ.

Dans d'autres cas, ces contraintes extensives peuvent même commencer à s'exercer après la signature. En effet, les *tutelles* choisissent parfois, pour éviter de « les perdre en totalité » (AL), de les limiter lors du processus de création, et d'attendre que la CPTS soit plus stable pour le faire. Cela peut être prévu, comme dans le cas ci-dessus, respectant la volonté de « commencer petit » de l'équipe porteuse, pour ensuite chercher à étendre le territoire couvert. Dans d'autres cas, cette pression exercée à distance est en lien avec le fait que les *tutelles* s'attendaient à ce qu'une *zone blanche* limitrophe soit couverte par une CPTS qui n'a finalement jamais vu le jour ou qui n'a pas couvert l'entièreté du territoire espéré.

« Sauf qu'à un moment donné ce qu'il faut réussir à faire comprendre aux PS [professionnels de santé], c'est qu'ils ont peut-être pas pris la ville Y à côté parce qu'ils avaient peur que ça fasse une CPTS trop grande, en termes de géographie, mais dans les faits les gens de la ville Y viennent se faire soigner chez eux. Donc ils sont déjà chez eux. »

Entretien, Sandrine A, Cnam

Ce type de discours illustre le passage dans la deuxième phase de déploiement des CPTS. Après une période initiale au cours de laquelle le besoin de voir émerger rapidement des premiers projets incitait les *tutelles* à rester en retrait, la nature du dialogue évolue. Sandrine A mobilise l'argument de la responsabilité populationnelle des porteurs-euses,

qui ne se limite pas au territoire qu'ils et elles ont initialement déterminé. En effet, cet extrait montre qu'avec le déploiement des CPTS, la responsabilité de garantir à tous·tes un accès aux soins, antérieurement portée par les pouvoirs publics, commence à être partagée avec les CPTS dont il est attendu qu'elles se sentent concernées par la non-couverture de communes proches. « L'amélioration de l'accès aux soins » est d'ailleurs la première mission de service public qu'elles sont censées assurer « en tout ou partie »¹¹⁸.

Je n'ai pas observé ou eu connaissance au cours de cette enquête de fusion ou de division de CPTS, mais il n'est pas exclu que de tels cas existent ou qu'ils se développent à l'avenir, notamment en raison de difficultés de gestion mises en lumière lors des premières années de fonctionnement. Virginie F, consultante, évoque cette possibilité (« Alors là, c'est vraiment de la science-fiction que je fais ! »). Elle suggère la possibilité qu'au terme du premier contrat-ACI, au bout de cinq ans, ARS et CPAM puissent chercher à faire fusionner une CPTS qui « [n']arrive pas à prendre » avec une communauté voisine.

J'é mets l'hypothèse qu'une fois le pays entièrement recouvert, en raison de l'appropriation par leurs membres des territoires des CPTS, les échanges de communes devraient devenir plus rares. Les fusion et division de CPTS pourraient alors apparaître comme le mode principal de redéfinition de leurs limites.

Cependant, d'autres mouvements de territorialisation ne touchant pas aux limites des CPTS apparaissent déjà.

Reterritorialiser sans toucher aux limites des CPTS

Au cours de cette étude, j'observe deux manières pour les membres de CPTS de se réapproprier le territoire sans revoir la délimitation initiale de leur communauté. En la sectorisant ou en s'associant avec d'autres.

La sectorisation

Comme je l'ai abordé dans la première sous-partie, l'étendue importante d'une CPTS, parfois liée à des contraintes extensives exercées par les *tutelles* lors de la phase de création ou après celle-ci, entraîne des difficultés de fédération des professionnel·les de santé auxquelles font face plusieurs des équipes rencontrées lors de cette enquête.

Des dynamiques de sectorisation apparaissent alors. Dans les différents cas observés, lorsque la sectorisation est évoquée, il s'agit plus d'un projet ou d'un besoin ressenti que d'une organisation déjà en place ou concrètement envisagée. Ce besoin répond à un défaut

¹¹⁸ Article L1434-12-2 du code de la santé publique

de représentation des professionnel·les de santé d'une partie du territoire de la CPTS éloigné de la commune-siège.

« Après, j'ai l'impression que si on doit perdurer sur cette taille-là... J'ai l'impression que les CPTS de grosse taille elles ont peut-être intérêt, mais ça c'est qu'un avis *perso*, à réfléchir à avoir un CA [conseil d'administration] non seulement *pluripro* mais aussi pluri-territorial, enfin être le plus représentatif possible (...) Donc, ça voudrait dire, soit, effectivement, avoir plus de pluralité géographique au sein du CA, ou sinon, ce serait de re-sectoriser à l'intérieur de la CPTS »

Entretien, Laurence F, pharmacienne

Deux motifs peuvent expliquer que ces sectorisations restent pour l'instant au stade de projet. Les zones non représentées dans le fonctionnement de la CPTS peuvent l'être en raison de l'absence de professionnel·les de santé. Mais lorsqu'ils et elles sont présent·es, leur voix est généralement peu entendue au sein des instances de gouvernance de la CPTS. Cela peut être dû à leur faible investissement dans une communauté à laquelle ils et elles ne se sentent pas appartenir, et, réciproquement, à l'absence d'effort d'inclusion de la part du cœur du collectif distant.

Le deuxième motif est la maturité encore faible des CPTS. En effet, une sectorisation formalisée impliquerait la mise en place d'une gouvernance nettement plus complexe que celles généralement observées et avec lesquelles les *libéraux* investis se familiarisent encore au moment de cette enquête. Une gouvernance sectorisée fait par ailleurs émerger des questions de pouvoir qui incitent les CPTS à temporiser, pour l'instant.

« Bah là, en fait, on a un territoire où les gens du sud de *l'agglomération*, clairement, ne connaissent pas les gens au nord de *l'agglomération*. Donc, là, aujourd'hui, on est plutôt en train de travailler, comme on l'a vu tout à l'heure, sur des secteurs. On sectorise la CPTS en se disant "Bah voilà, dans le Sud, ça va s'organiser comme ça" mais on veut pas une gérance du sud par le nord ou quelque chose comme ça. »

Entretien, Stéphane M, masseur-kinésithérapeute

Cette crainte que la gestion d'une structure d'une certaine taille implique nécessairement des enjeux de hiérarchie est soulignée par Nathalie JS, médecin généraliste engagée au sein du mouvement Médecins pour demain, qui met en avant le fait que les CPTS deviennent à leur tour des institutions, ce qui entre en conflit avec le mode d'exercice libéral classique qu'elle promeut (« Dès qu'on va mettre trop de monde dedans, on sait que

c'est voué à l'échec, ou alors il va falloir que ça soit une hiérarchie descendante. », voir extrait entier p. 115).

Le caractère institutionnel des CPTS est à contrario assumé par Laure V. En tant que directrice salariée de CPTS et venant de milieu médico-social, elle se sent étrangère aux enjeux de défense du statut libéral. Elle imagine le modèle le plus fonctionnel et efficient à ses yeux, mettant de côté les jeux de pouvoirs qu'elle regrette.

« Évidemment que notre territoire est à la fois un levier et un frein. On va être clair, notre territoire, il est beaucoup trop grand ! (...) Moi, je pense que les CPTS, ça devrait être départemental, avec des sous-secteurs et des coordinations de sous-secteurs. (...) Il y aurait des CPTS départementales avec des relations partenariales départementales et ensuite des sous-secteurs avec des coordinations. Les coordinations, ça permettrait d'être au plus près des problématiques des habitants et d'avoir quand même ce maillage départemental qui est essentiel, ne serait-ce qu'à l'échelle du CTS. »

Ce que Laure V propose ici est une forme beaucoup plus intégrée et formalisée que la dynamique spontanée d'association en inter-CPTS.

Les inter-CPTS

En octobre 2024, lors de son édition annuelle des journées nationales des CPTS, la FCPTS avait programmé un atelier intitulé « InterCPTS : quel intérêt ? quelle réalité ? »

La présentation de l'atelier était la suivante « De multiples dynamiques sont en route dans les régions : un tour de France nous permettra d'aborder les dimensions partenariales (interURPS, fédérations des MSP), la portée d'une interCPTS (département ou région) et le champ d'action (liens avec ARS, CPAM, CHU, DAC, SAS...) »

La participation à cet atelier me permet de constater que les dynamiques d'inter-CPTS que j'observe dans mes régions d'enquête sont présentes partout, et que c'est un sujet d'intérêt au niveau national.

Les inter-CPTS, qui n'ont pas d'existence légale ou réglementaire, sont des structures de coordination, de mutualisation et de représentation. Leur échelle de prédilection est celle du département, même s'il existe des exemples régionaux et, plus rarement, des exemples infra-départementaux.

Ces structures se sont créées à l'initiative des CPTS elles-mêmes ou via des corps intermédiaires locaux (fédérations de MSP, URPS, émanations d'URPS).

Elles répondent à plusieurs besoins, celui d'un interlocuteur unique pour échanger avec les partenaires départementaux (hôpitaux, élu-es, etc.), le besoin de coordination entre CPTS pour certains projets comme la mise en place du Sas¹¹⁹ (qui est départemental), ou encore la mutualisation de postes salariés et le partage d'outils et de conseils. Elles permettent aux CPTS de porter une voix unique et ainsi avoir un poids renforcé dans les relations avec les *tutelles*.

« On a trouvé une parade à ça, c'est l'inter-CPTS... C'est à dire qu'on travaille avec les autres CPTS pour faire en sorte que, finalement, les hôpitaux... Par exemple l'hôpital de Salmier, il couvre quatre ou cinq CPTS, puisqu'en fait, il reçoit la population qui vient des territoires de cinq CPTS différentes, ou six peut-être même... Donc, finalement, pour le centre hospitalier de Salmier, signer une convention avec une inter-CPTS qui représente les CPTS, c'est aussi une forme de simplification, puisque, finalement, vous signez une fois, et vous engagez tout le monde ! »

Entretien, Eric N, masseur-kinésithérapeute

Ces besoins, identifiés avec l'expérience des premières années de fonctionnement des CPTS, sont ressentis de façon diffuse et les inter-CPTS se créent partout. Les professionnel·les de santé, en tant que communauté et non plus individuellement, s'associent et s'approprient un nouvel espace dans le but d'interagir avec des partenaires avec lesquels ils ont commencé à nouer des collaborations et des habitudes de travail. Cette convergence de la plupart des mouvements de collaboration en inter-CPTS vers l'échelle du département pour s'articuler avec ses principaux partenaires souligne une « dépendance au sentier » (cf. introduction) du processus de déploiement des CPTS. Les différentes « pièces de puzzle »¹²⁰ hétérogènes que sont les CPTS se rejoignent à un niveau qui parle au plus grand nombre.

La question de la formalisation des inter-CPTS est tout sauf anodine. Si elles prennent parfois la forme d'une association, leur fonctionnement est le plus souvent informel ou se

¹¹⁹ « Lancé dans le cadre du pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le SAS est un élément clé du nouveau modèle de prise en charge des patients. Son objectif ? Répondre partout à la demande de soins, urgents et/ou non programmés, de la population grâce à une prise en charge lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire. (...) Ainsi, le 15 évolue : réservé jusqu'alors aux urgences médicales, il devient aussi le n° du Service d'accès aux soins. »

Source : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas-service-d-acces-aux-soins> [version du 31/08/2025]

¹²⁰ Entretien, Thomas F, pharmacien

fait via une convention signée entre les communautés, et cette question représente un enjeu à plusieurs niveaux. Au sein des CPTS, il est parfois redouté qu'en formalisant cet échelon *supra* dans une stratégie plus globale d'harmonisation, une hiérarchie s'organise et risque de les déposséder ainsi de leur outil.

« Il y en a quelques-unes [CPTS du département] qui ne sont pas rentrées mais qui, de fait, n'auront pas trop le choix et finiront par nous rejoindre, parce qu'elles s'apercevront très rapidement qu'elles seront très isolées. (...) Il y en a certaines, c'était les statuts qui leur plaisaient pas forcément beaucoup, d'autres qui disaient "Oui mais on n'a pas envie qu'on ait une structure qui vienne nous..." Ils ont très très peur, en fait, qu'il y ait une notion d'ingérence. Ce qui n'est pas du tout l'objet. On a construit les statuts pour qu'il y ait une présidence tournante, en plus. On a essayé de construire des statuts qui soient très très équilibrés avec une coprésidence à l'est du département et une coprésidence à l'ouest. Je pense qu'on a vraiment fait les choses bien, et, de toute façon, les CPTS qui n'ont pas rejoint l'inter-CPTS finiront par la rejoindre, de fait, puisque l'objectif, aussi, de l'inter-CPTS, c'est d'avoir un poids politique face à l'ARS, clairement ! »

Entretien, Eric N, masseur-kinésithérapeute

Cet enjeu d'institutionnalisation a également été identifié et entendu au sein des administrations.

« Si on met un truc régional, ça donne une idée de descendant. (...) Faut pas mettre l'entonnoir dans le mauvais sens, c'est qu'on écoute le terrain mais qu'on redescende pas le truc. »

Entretien, Sophie G, Cnam

C'est pourtant ce qui s'est récemment mis en place en Normandie avec la création d'une Fédération régionale des CPTS.

Cette image d'un « entonnoir dans le mauvais sens » est proche de ce que Philippe A, directeur de CPAM, évoque lorsqu'il met en garde en m'expliquant en entretien « qu'une tutelle en vaut une autre ». Il dit cela lors de notre échange en parlant des URPS qui, dans certaines régions, pourraient s'emparer de la coordination des CPTS, mais il me semble que cette idée est applicable plus globalement.

Les UPRS, tout comme les syndicats monoprofessionnels desquels les membres sont issus, voient d'un mauvais œil le déploiement de ces inter-URPS, et l'absence de formalisation de ces dernières est un moyen de limiter le risque de tensions.

« Ça entraîne un conflit de représentation, en fait, et c'est très prégnant sur certaines régions qui n'ont pas, dès le début, bien défini le rôle des uns et des autres comme [dans notre région], d'URPS qui ont négligé les CPTS et n'ont pas voulu voir la dynamique. (...) On est vraiment sur quelque chose qui peut être conflictuel entre les inter-CPTS et les URPS, avec, effectivement, la légitimité des inter-CPTS où, bah, on a un taux d'adhésion qui est souvent supérieur au taux de syndicalisation des professionnels de santé. (...) Il y aura forcément des concurrences à un moment donné. »

Entretien, Delphine M, salariée d'une URPS

Ce dont il est question ici, c'est la création d'un nouvel espace de représentation à travers la CPTS, pouvant être investi par toutes les professions de santé (et plus largement, selon le mode de gouvernance prévue). Ainsi, les communautés parlent au nom des professionnel·les du territoire et de la population dont ils et elles deviennent responsables. Cette création est le signe de l'appropriation du territoire, issu du jeu d'acteur, par les porteurs·euses de CPTS, des effets du processus de territorialisation dans lequel ils et elles sont engagé·es sur le jeu d'acteur.

Conclusion et perspectives

Cette thèse étudie le déploiement, en cours au moment de l'enquête, des CPTS, dispositif reposant largement sur l'implication des acteurs de terrain, contrastant avec un mode plus classique de pilotage porté par les administrations. Ce choix politique fort semble être le seul levier identifié par les pouvoirs publics, après l'échec du service public territorial de santé (SPTS), pour associer les médecins libéraux, profession établie s'il en est, à une transformation organisationnelle des soins de ville qui vise à améliorer leur coordination et leur intégration dans le système de santé.

Les professionnel·les de santé sont invité·es à s'inscrire dans une démarche présentée comme ascendante (*bottom-up*) qu'ils et elles n'ont pas demandée, et sont ainsi soumis·es à une « injonction à la spontanéité ». Les CPTS doivent pouvoir mener des actions adaptées aux réalités de chaque « territoire », concept dont l'absence de définition en fait un « mot-mirage » du discours politique qui lui permet de justifier son action. Derrière ces objectifs affichés, on perçoit un enjeu de redistribution du « mandat » (Hughes 1963)¹²¹ d'organisation des soins de ville jusque-là largement concentré entre les mains des médecins libéraux. Cette redistribution pourrait bénéficier aux *tutelles*¹²², en facilitant la régulation de ce secteur d'exercice, mais également aux autres professions de santé pour lesquelles le déploiement des CPTS représente une opportunité de s'affirmer.

La mise en retrait de l'Etat traduit paradoxalement une volonté « d'arrimer » (Schweyer 2024) les soins de ville au système de santé à partir de la médecine libérale, ou plutôt d'encourager à ce que ceux-ci s'arriment d'eux-mêmes, laissant de côté les établissements sanitaires et médico-sociaux, les dispositifs de coordination préexistants et les usagers. Cet arrimage se fait au moyen de contrats signés avec des communautés qui doivent rapidement sortir de terre, illustrant la fonction performative du discours politique.

Ce mouvement s'inscrit dans une dynamique plus globale de territorialisation de l'action publique, dont les contours actuels, dans le champ de la santé, sont précisés par la loi de modernisation de notre système de santé (2016). Elle est suivie en parallèle et sans articulation apparente pour l'offre de soins hospitalière, avec le déploiement des GHT, et pour l'offre de soins de ville, avec celui des CPTS.

¹²¹ La notion de « mandat » d'organisation des soins de ville renvoie ici à l'idée selon laquelle cette organisation ne peut être modifiée sans l'accord et l'enrôlement des *libéraux* qui disposent d'un droit de veto. Elle ne sous-entend pas qu'ils participent au pilotage administratif de cette offre de soin (cf. introduction).

¹²² Cnam et DGOS au niveau national, DD ARS et CPAM au niveau départemental.

Selon la conception des pouvoirs publics, la territorialisation est le passage d'une carte recouverte de points (les cabinets, MSP, établissements, etc.) à un découpage en zones, facilitant ainsi son action de pilotage. Appliquée aux CPTS, ce transfert confie aux professionnel·les exerçant sur ces zones une part de responsabilité à l'égard de la population. Ainsi, le déploiement des CPTS entraîne une transformation des relations entre *tutelles* et *libéraux* que l'analyse de leur processus de délimitation permet d'éclairer.

Cette question géographique est abordée dans cette thèse par une approche sociologique, car son hypothèse de départ est que les CPTS sont vues avant tout par les *tutelles* et les *libéraux* comme un jeu d'acteur (une communauté), dont le territoire serait la matérialisation dans l'espace.

La notion « d'objet-frontière » (Star et Griesemer 1989), issue de la sociologie des sciences et des techniques, permet d'analyser la coopération d'acteurs aux conceptions (la CPTS, son objet, son territoire, sa gouvernance, ses parties prenantes), motivations et objectifs hétérogènes. Cela nécessite au préalable d'identifier la place prise par chacun, qui n'est pas prévue par le cadre réglementaire volontairement souple.

En suivant cette approche, cette thèse a montré la place centrale accordée aux *libéraux* dans un processus au cours duquel leur rôle évolue. La contractualisation, support du transfert de responsabilité, est perçue par certains d'entre eux comme un cadeau empoisonné, car les importantes subventions les obligent. Ce que les médecins libéraux·ales gagnent en responsabilité populationnelle, souvent contre leur gré, ils et elles le perdent en « mandat ». En effet, cette thèse fait l'hypothèse qu'une fois déployées et fonctionnelles (ce qui est loin d'être acquis à ce stade), les CPTS, qui affirment la place des *tutelles* dans l'organisation des soins de ville, permettront à l'Etat de gouverner à distance (Epstein 2006), contournant le droit veto des *libéraux*.

Le déploiement des CPTS constitue un changement majeur au cours duquel la perception de leur rôle social par les porteurs·euses évolue, point sur lequel je reviendrai dans cette conclusion. Toutefois, seule une petite minorité des *libéraux* participe à ce changement à ce stade, j'en examinerai les implications dans un deuxième temps. Finalement, je proposerai le premier acte des CPTS comme cadre d'analyse de l'évolution future des enjeux de pouvoir entre *libéraux* et *tutelles*, cristallisée autour de la question du territoire.

L'évolution de la perception du rôle social des porteurs-euses à travers les dynamiques de délimitation des CPTS

La liberté consentie aux porteurs-euses dans le processus de création des CPTS se ressent largement dans la façon dont ils et elles investissent la question de la délimitation du territoire. Cette liberté est paradoxalement associée à une forte pression de résultats chiffrables, mesurés à chaque échelon par la mise en place d'indicateurs, que l'Etat exerce par l'intermédiaire de *tutelles* locales peu outillées pour accompagner ce changement. Le principal (pour ne pas dire le seul) attendu des pouvoirs publics au cours de la phase initiale de déploiement (2019-2023), est la couverture rapide du territoire national, qui peut être suivie directement sur le site du ministère de la Santé où est accessible un « Atlas des CPTS »¹²³.

Il n'y a pas de mauvaise manière de délimiter les CPTS, ou plutôt toute délimitation émanant d'acteurs du terrain est considérée comme nécessairement bonne. C'est l'esprit de cette réforme, que l'on retrouve dans les différents textes officiels et dans le discours des administrations centrales. Il est donc logique que les ARS, qui en ont pourtant le pouvoir, ne rejettent jamais les projets de santé au motif d'un manque de « pertinence du territoire d'action »¹²⁴, ce qui n'empêche pas les organismes de *tutelles* d'exercer des pressions parfois fortes pour éviter que des *zones blanches* ne se constituent.

On assiste avec ce déploiement à l'apparition d'un nouvel espace relationnel direct, sans l'intermédiaire d'organisations représentatives, entre des *tutelles* qui se réorganisent et des *libéraux* représentés par des équipes porteuses autodésignées. Cet espace est un terrain de négociation sur lequel les *tutelles* doivent poursuivre une politique du chiffre descendante, ce qui entre en tension avec les besoins d'accompagnement des équipes et la volonté affichée de s'adapter aux réalités de chaque territoire, qui implique à la fois souplesse et patience (Bourgeois et al. 2021). Les *libéraux* cherchent, eux, à y défendre de manière coordonnée les conditions les plus favorables au développement de leurs communautés et de projets motivants¹²⁵, ce qui est parfois difficilement conciliable avec la représentation de leurs intérêts monoprofessionnels corporatistes.

Ces injonctions contradictoires se font ressentir dans la façon dont le territoire des CPTS est pensé et délimité. Des préfigurations, explicites (ARS Paca) ou implicites, voire

¹²³ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/l-atlas-des-cpts> [version du 03/09/2025]

¹²⁴ Article 1434-12 du code de la santé publique

¹²⁵ Les missions prioritaires par les pouvoirs publics et l'ACI (accès à un médecin traitant, notamment) ne sont généralement pas celles permettant aux porteurs-euses de développer des actions qui les motivent à s'investir au sein des CPTS (prévention, parcours, etc.).

inconscientes, existent au sein des *tutelles* et la crainte de voir se constituer des *zones blanches* est transmise aux porteurs-euses qui l'intègrent comme une contrainte. Les proximités entre *libéraux* prennent parfois une place centrale, aboutissant à un territoire d'affinités plutôt qu'à un territoire de projet.

Le flou interprétatif des CPTS et de leur territoire, vus comme un « objet-frontière », permet aux *libéraux* et *tutelles* de se rapprocher, ce qui implique et favorise une évolution de leurs cultures professionnelles respectives. Il existe autant de processus de création et de délimitation que de CPTS. Toutefois, cette thèse a montré que des dynamiques communes émergent. Celles-ci illustrent les transformations à l'œuvre dans cet espace relationnel, mais également dans la façon dont les *libéraux* qui s'impliquent conçoivent leur rôle social.

En s'appropriant l'ACI et son effet de seuil, ce qui les pousse parfois à étendre leur territoire, les porteurs-euses « s'encastrent » dans les règles du jeu de l'espace de négociation (Boschma 2004). Jusqu'ici habitués aux conventions signées par profession, ils et elles défendent lors des dialogues de gestion les intérêts d'une communauté ancrée sur un territoire et un sentiment d'appartenance se développe.

En articulant les limites du territoire de leur CPTS avec celles des intercommunalités, ils et elles prennent conscience de l'environnement institutionnel dans lequel leur pratique, en cours d'évolution, s'intègre. Un rapprochement des élu-es devient possible dans certains cas, impliquant pour les porteurs-euses de prendre en compte leurs missions, contraintes et objectifs, de « faire de la politique ».

En acceptant de couvrir, à la demande des *tutelles*, des communes vouées à devenir des *zones blanches* autrement, ils et elles endossent une responsabilité que l'on peut qualifier de populationnelle. Sans que leurs pratiques antérieures, basées sur une approche de patientèle et un paiement à l'acte, ne soient remises en cause, ils acceptent d'assumer en partie la mission de garantir l'accès aux soins¹²⁶ d'une population déterminée par ces processus de délimitation.

En s'intéressant aux caractéristiques de cette population, à ses besoins et ses consommations de soins (approchées le plus souvent par l'analyse des flux), ils et elles intègrent de nouveaux savoirs et développent une approche plus seulement individuelle mais aussi collective de la santé, soit une approche de santé publique, encore très peu intégrée à leur formation initiale.

Toutefois, ces évolutions ne concernent qu'une petite partie des professionnel·les de santé.

¹²⁶ Au sens large, intégrant notamment les soins de prévention.

Quelques individus au centre du processus

Cette thèse a montré que le processus de création des CPTS et les rapprochements qu'il entraîne sont à l'initiative de petits groupes très hétérogènes de *libéraux* (certains issus du mouvement de l'exercice pluriprofessionnel en MSP, d'autres appartenant à des franges de *libéraux* plus conservatrices) aux motivations variées (diversifier leur activité, proposer une échelle plus large pour des projets pluriprofessionnels, se saisir de ces nouveaux dispositifs pour éviter de se voir imposer des changements décidés par d'autres).

Les *leaders* investissent les CPTS sans « embarquer » la majorité dormante des *libéraux*, et la question de la délimitation du territoire apparaît souvent comme un impensé dans les processus de création. Cependant, la nature des acteurs impliqués ou non a des implications concrètes sur les territoires qui se façonnent, et les absent·es de cette réorganisation pensée par et pour les *libéraux* sont nombreux·euses. On compte notamment les établissements sanitaires et médico-sociaux, les collectivités et leurs regroupements, les dispositifs de coordination, et les usagers au nom desquels sont menées les différentes réformes du système.

En cela, « l'objet-frontière » CPTS est investi différemment de celui proposé initialement par Star et Griesemer. Dans leur article de 1989, les deux sociologues analysent un musée de zoologie où coopèrent des mondes sociaux pourtant très hétérogènes (ceux des chercheurs·euses professionnel·les, des collectionneurs·euses amateurs·rices, de la mécène du musée, de l'administration de l'université, etc.). Ces acteurs établissent des protocoles de coopération qui « ne résultent pas simplement de la prédominance d'un point de vue sur les autres ». Il n'y a pas de telle interdépendance entre ceux impliqués dans les processus de création des CPTS, largement dominés par le monde social des *libéraux*, qui définissent les contours de « leur » réseau et la place laissée à chaque acteur.

L'analyse de leur délimitation fait émerger cette distinction que je propose ici d'analyser selon deux modalités car, en plus d'étudier en quoi le processus de création des CPTS rapproche les *libéraux*, en tant que collectif, des *tutelles*, cette thèse s'intéresse aux implications de ce processus sur l'évolution des proximités entre professionnel·les de santé à l'intérieur des CPTS (la capacité à fédérer).

En tant qu'objet-frontière « interne », c'est-à-dire par sa capacité à rapprocher en son sein des acteurs hétérogènes pour collaborer, cette étude montre que la création des CPTS repose essentiellement sur des *leaders* et suit une dynamique centrifuge. Elle ne procède donc pas de concertations publiques associant largement et précocement différents

acteurs de la santé pour définir collectivement les projets des communautés et les délimitations nécessaires à leur mise en œuvre. Ainsi, le point de départ de leur processus de création (l'identité des *leaders*) joue un rôle déterminant sur leur délimitation, ce que je rapproche d'un « effet papillon ».

En tant qu'objet-frontière « externe », c'est-à-dire par sa capacité à rapprocher les acteurs de santé fédérés en son sein de partenaires extérieurs (collectivités territoriales, établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.), cette étude montre que, dans la phase initiale de déploiement des CPTS, elles ne les prennent pas en compte comme de réels partenaires (avec lesquels elles ont un intérêt à coopérer). Cela se traduit par la faible prise en compte, au moins initialement, de leur territoire d'implantation auquel elles ne s'articulent pas.

Ainsi, la CPTS et son territoire correspondent à un « objet-frontière » moins large que celui prôné dans l'approche pensée initialement d'un SPTS. Cette thèse a montré que la CPTS n'en était pas qu'une deuxième version. Elle diffère sensiblement, en donnant aux *libéraux* le rôle de *gatekeeper* pour l'intégration des autres acteurs des soins de ville aux processus de création de ces organisations (cela ne concerne pas les *tutelles*, signataires de l'ACI). En cela, l'étude des CPTS comme « objet-frontière » est intéressante car elle permet de montrer « l'incorporation d'une infrastructure invisible où l'objet-frontière transporte un ensemble de conventions, de standards, de normes indexées à une communauté de pratiques » (Trompette et Vinck 2009) qui avaient été laissée de côté avec le SPTS.

Ces résultats sont à remettre en perspective avec les circonstances d'apparition des CPTS. L'absence de sentiment d'interdépendance ressenti par les porteurs-euses à l'égard des autres acteurs de santé et des partenaires extérieurs s'explique à la fois

- Par le fait qu'ils et elles n'ont pas appelé de leur vœu la création d'un tel dispositif, les bénéfices potentiels d'un investissement, notamment via la co-construction de projets avec des partenaires extérieurs placés sur un pied d'égalité, leur paraissent donc faibles ;
- Et par le fait que leur situation professionnelle antérieure n'est pas menacée par le déploiement des CPTS, ce qui rend les pertes potentielles en ne s'y investissant pas, qu'elles soient financières ou liées à leurs « licences »¹²⁷, également limitées à leurs yeux.

¹²⁷ Par exemple le droit de prescription, cf. introduction.

Cependant, il est envisageable que cette situation évolue et qu'une interdépendance plus forte se développe. Une expérimentation lancée en juin 2025 illustre cela, elle permet l'accès direct aux masseurs·euses-kinésithérapeutes à condition qu'ils et elles soient adhérent·es d'une CPTS¹²⁸.

Penser l'avenir des CPTS à partir de leur genèse

La conception puis le déploiement des CPTS relèvent d'une « mise sur agenda » d'un problème public (Hassenteufel 2010b) : celui de la faible régulation des professionnel·les de santé libéraux·ales et du manque de coordination entre acteurs des soins de ville, à l'origine d'une tentative d'arrimage de ces acteurs au reste du système sanitaire à partir du monde libéral.

Le modèle retenu cherche à faire émerger un mouvement venant du terrain, « des territoires », mais aussi (et surtout) à utiliser cet argument pour justifier sa réforme et y enrôler les *libéraux*, ce qui ne se fait pas sans difficulté. Ainsi, il n'est pas surprenant qu'aucune place ne soit consacrée à l'évaluation des transformations pourtant ambitieuses à l'œuvre. Les CPTS seraient « forcément légitimes parce qu'issues du terrain ».

Analyser la façon dont se met en place cette politique impliquerait que les pouvoirs publics assument l'objectif d'arrimage du monde libéral poursuivi. On pourrait alors imaginer que les indicateurs d'évaluation soient, par exemple : le taux d'adhésion des professionnel·les exerçant sur le territoire délimité (auquel ils et elles sont opposé·es¹²⁹), l'intégration de certains acteurs à la gouvernance (les établissements de santé et médico-sociaux par exemple), ou encore la mise en place de collaborations avec les collectivités (notamment via la participation au CLS).

Au lieu de ça, la première préoccupation des *tutelles* est, au cours de cette première phase, le taux de couverture du territoire national. Cet objectif étant en bonne voie, le choix est fait de se focaliser ensuite sur des résultats présentables à la population générale, comme l'amélioration de l'accès à un médecin traitant. Ainsi, les pouvoirs publics détournent l'attention et sautent une étape au cours de laquelle l'opportunité de son action pourrait être remise en cause, pour interroger directement la preuve de son efficience. L'analyse

¹²⁸ <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lancement-de-l-experimentation-permettant-l-acces-direct-aux-masseurs> [version du 01/09/2025]

¹²⁹ Les professionnel·les de santé revendiquent le caractère libre de l'adhésion, et la transmission par les CPTS aux CPAM de leur liste d'adhérent·es est un point de tension. Un des arguments avancés est la crainte que cela serve indirectement aux *tutelles* à identifier les professionnel·les de santé non adhérent·es, anticipant ainsi l'apparition de contraintes.

dans cette thèse de cette première phase du déploiement des CPTS permet de rendre visibles les enjeux et dynamiques qui ont marqué cette période. Il sera intéressant de voir dans quelle mesure le choix des pouvoirs publics de privilégier d'emblée des enjeux liés à la santé de la population, plutôt qu'à celle des communautés naissantes, dont le processus de délimitation constitue un marqueur, influencera leur fonctionnement futur. Ce choix pourrait également avoir des effets sur les dynamiques d'engagement des *libéraux* et des autres acteurs.

La course en avant des CPTS se poursuit, forcée par le temps politique très court. Elles sont aujourd'hui confrontées à des critiques grandissantes portant sur la pertinence de l'utilisation des fonds qui leur sont alloués. Et les doutes qui entourent le déploiement de ce dispositif n'émanent pas que de *libéraux* se sentant menacés, comme le montre le lancement, en février 2025, d'un contrôle par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat¹³⁰. Les pouvoirs publics se servent de ces critiques¹³¹ pour accroître la pression qui pèse sur les communautés et administrations locales, poussant ainsi la marche forcée des CPTS.

En choisissant de se retourner sur la phase initiale de leur déploiement, cette thèse permet d'envisager l'avenir des CPTS, et plus largement d'une politique laissant une telle part à la société civile dans des champs contrôlés par des professions établies.

Pour ce faire, je propose de poursuivre le parallèle avec les EPCI, et d'imaginer une contrainte grandissante de participation aux CPTS pesant sur les *libéraux*. Je la rapproche de la dynamique ayant progressivement obligé les communes à s'intégrer aux EPCI (et donc à coopérer)¹³², après une longue phase initiale souple, basée sur une spontanéité stimulée par la mise à disposition de financements et la création de nouveaux espaces de pouvoir.

Appliquée aux CPTS, cette contrainte, qui constituerait un changement des règles du jeu, pourrait apparaître comme le seul moyen de couvrir les dernières *zones blanches*. Elle prendrait à mon sens deux formes principales.

¹³⁰ <https://www.senat.fr/controle/dossier/2024/19107.html> [version du 27/08/2025]

¹³¹ « Est-ce que ce modèle produit des résultats ? » : aux journées des CPTS, Thomas Fatôme met les pieds dans le plat » publié le 9 octobre 2024 dans *Le Quotidien du Médecin*.
www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/est-ce-que-ce-modele-produit-des-resultats-aux-journees-des-cpts-thomas-fatome-met-les-pieds-dans-le [version du 27/08/2024]

¹³² La loi de réforme des collectivités territoriales (RCT), adoptée en 2010, alors que 93% des communes appartenaient déjà à un EPCI, a rendu obligatoire le rattachement des communes restantes et a conféré des pouvoirs aux préfet-es, chargé-es d'établir des schémas départementaux de coopération intercommunale, pour aider à atteindre cet objectif. Ces pouvoirs ont été renforcés en 2015 avec la loi NOTRe.

La première consisterait en l'obligation d'adhésion pour les *libéraux*, déjà évoquée en 2023 dans la proposition de loi Valletoux¹³³, qui comportait dans sa version initiale un dispositif d'adhésion automatique rapidement et violemment rejeté. En forçant l'intégration à la CPTS de l'ensemble de professionnel·les exerçant sur le territoire initialement délimité par les porteurs·euses, des voix pourraient s'élever parmi celles et ceux n'ayant pas participé à ces processus de création. Cette contrainte pourrait ainsi être à l'origine de transferts de communes mais également de difficultés de gestion. L'augmentation de l'implication des professionnel·les de santé pourrait ainsi faire émerger une taille critique de fonctionnement (horizontal) plus petite que celles évoquées par les personnes interrogées dans cette enquête¹³⁴.

La seconde forme de contrainte serait l'évolution du mode de rémunération des *libéraux* vers une rémunération combinant paiement à la performance (via l'atteinte d'indicateurs) et capitation (prenant en compte le nombre de personnes couvertes par la CPTS). Cette évolution, déjà évoquée avec la proposition du SPTS¹³⁵ (Devictor 2014), aurait pour effet, en plus de lier individuellement les *libéraux* aux CPTS, d'augmenter la dépendance des communautés aux partenaires avec qui elles portent les projets dont le succès conditionnerait la rémunération de ses membres. Les évolutions de culture professionnelle étudiées dans cette thèse en seraient également accélérées (Fournier, Frattini, et Naiditch 2014).

D'autres changements dans les règles du jeu, par exemple l'imposition d'une population couverte minimale, comme ce fut le cas pour les EPCI, auraient des implications sur la délimitation des CPTS

Ce mouvement de contrainte, en augmentant l'interdépendance des professionnel·les de santé et avec leurs partenaires extérieurs, aurait donc pour effet de rapprocher « l'objet-frontière » CPTS de celui initialement proposé par Star et Griesemer.

Dans ce futur hypothétique, la délimitation initiale des CPTS, relativement figée, serait un vestige de la stratégie choisie avec la loi de modernisation de notre système de santé. La

¹³³ Loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels

¹³⁴ « Dès qu'on va mettre trop de monde dedans, on sait que c'est voué à l'échec, ou alors il va falloir que ça soit une hiérarchie descendante. » Entretien, Nathalie JS, médecin généraliste (p. 115).

¹³⁵ « Le mode de "rémunération à l'acte" a été construit pour un fonctionnement "libéral" isolé et pour une activité médicale curative dont l'objet principal est la "réparation". Tout comme la "tarification à l'activité" à l'hôpital, ce système a montré ses limites et provoqué des effets pervers. Il suscite de plus en plus d'opposition car, en privilégiant uniquement l'acte de soins, il ne permet pas une démarche de prise en charge d'un "parcours de santé" intégrant à la fois les dimensions préventive et éducative, notamment dans le cas des pathologies chroniques. »

« cartographie d'arrimage » qui en est issue serait difficilement lisible plusieurs années après le départ de porteurs-euses, comme c'est le cas aujourd'hui avec celle des EPCI.

Mais il n'est pas nécessaire, en réalité, d'attendre ces années. La carte n'est déjà pas lisible aujourd'hui sans amener les porteurs-euses à s'interroger sur ces processus de délimitation, ce qu'ils et elles ne font ni spontanément ni à la demande des pouvoirs publics. C'est dans l'exploration du caractère impensé de territoire des CPTS que réside le caractère original de mon travail.

Enfin, cette thèse montre que ce figement, s'il n'est pas étudié, n'empêche pas l'appropriation du territoire par les professionnel·les de santé de se poursuivre sous d'autres formes, notamment celle du regroupement spontané et informel en inter-CPTS. En convergeant vers l'échelle du département, ces nouvelles organisations se mettent au même niveau que leurs partenaires pour porter une voix unique. Ainsi, une représentation territoriale et pluriprofessionnelle des *libéraux* se développe, et les délimitations des CPTS, pensées initialement à partir du jeu d'acteurs, en deviennent à leur tour une partie prenante.

Bibliographie

- Akrich, Madeleine, Michel Callon, et Bruno Latour, éd. 2006. *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs*. Paris: Presses des Mines.
- ARS Ile-de-France. 2017. *Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France. Guide pratique*. ARS Ile-de-France.
- Bergeat, Maxime, et Noémie Vergier. 2022. « Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 ». *Etudes et résultats (Drees)* (1244).
- Bloch, Marie-Aline. 2014. *Coordination et parcours: la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Santé Social. Paris: Dunod.
- Boschma, Ron. 2004. « Proximité et innovation ». *Économie rurale* 280(1):8-24.
- Bourgeois, Isabelle, Noémie Morize, et Cécile Fournier. 2021. « Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional: des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer ». *Questions d'économie de la santé (Irdes)* (262).
- Bourgueil, Yann, Aline Ramond-Roquin, et François-Xavier Schweyer. 2021. *Les soins primaires en question(s)*. Débats santé social. Rennes: Hyg e  ditions.
- Clerc, Pascal, et Marie-Hélène Certain. 2020. « Innovation territoriale aux Mureaux ». *Revue française des affaires sociales* (1):263-80.
- Cnam. 2023. *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses: les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024*.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale. 2024. *Les comptes de la sécurité sociale: résultats 2023 et prévisions 2024*.
- Cour des comptes. 2005. *L'intercommunalité en France*.
- Cour des comptes. 2023. *Les unions régionales de professionnels de santé (URPS)*.
- Couty, Edouard, et Claire Scotton. 2013. « Le pacte de confiance pour l'hôpital ». *Ministère des Affaires sociales et de la Santé*.
- De Fontgalland, Charlotte, et Mylène Rouzaud-Cornabas. 2020. « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé »: *Santé Publique* Vol. 32(2):239-46.
- De Maillard, Jacques, et Daniel Kübler. 2009. *Analyser les politiques publiques*: Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- D pl ude, Marc-Olivier. 2018. « Enquête sur une politique manqu e: l'état français et la démographie médicale (1960-2015) ». *Sa de e Sociedade* 27(3):682-92.
- Devictor, Bernadette. 2014. *Le service public territorial de santé (SPTS) - Le service public hospitalier (SPH): Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*.

- DGOS, et Cnam. 2023. « INSTRUCTION N° DGOS/R5/CNAM/2023/156 du 9 octobre 2023 relative aux modalités de couverture du territoire par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ».
- Douillet, Anne-Cécile. 2003. « Les élus ruraux face à la territorialisation de l'action publique ». *Revue française de science politique* 53(4):583.
- Eliot, Emmanuel, Véronique Lucas-Gabrielli, et Catherine Mangeney. 2017. « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- Eliot, Emmanuel, Catherine Mangeney, Véronique Lucas-Gabrielli, Guillaume Chevillard, Jérôme Lemaire, et Nadège Thomas. 2023. « Maillages sanitaires en France : « Camailleu-santé », un outil de cartographie en ligne pour suivre leurs évolutions dans le temps ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- Epstein, Renaud. 2006. « Gouverner à distance ». *Revue Esprit* (11):96-111.
- Ferru, Marie, et Jade Omer. 2021. « Les communautés professionnelles territoriales de santé : une relecture du dispositif en termes de proximités »: *Innovations* N° 65(2):21-48.
- Filippi, Maryline, Frédéric Wallet, et Étienne Polge. 2018. « L'école de la proximité : naissance et évolution d'une communauté de connaissance: » *Revue d'Économie Régionale & Urbaine* Décembre(5):939-66.
- Fleuret, Sébastien. 2023. « Territoire, coordinations et coopérations en santé : une approche par les cartes mentales géographiques ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- Fournier, Cécile, et Pascal Clerc. 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*.
- Fournier, Cécile, Marie-Odile Frattini, et Michel Naiditch. 2014. « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé ». *Questions d'économie de la santé (Irdes)* (200).
- Fournier, Cécile, Lucie Michel, Noémie Morize, Laure Pitti, et Matti Suchier. 2021. « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques ». *Questions d'économie de la santé (Irdes)* (260).
- Frinault, Thomas. 2022. « Intercommunalités versus communes : actualité des luttes d'institutions autour de l'appriovissement municipaliste des institutions coopératives françaises ». *Revue Gouvernance* 19(1):103.
- Gauthier, Ludivine. 2021. « Déploiement des CPTS : les stratégies mises en oeuvre par les acteurs de l'exercice coordonné ». Mémoire (Master 2 mention santé publique), EHESP, Rennes.
- Gautier, Sylvain. 2019. « Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé: une approche qualitative exploratoire ». Thèse de médecine, Université Paris-Est-Créteil, Créteil.

- Hassenteufel, Patrick. 2008. « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire ». *Les Tribunes de la santé* n° 18(1):21.
- Hassenteufel, Patrick. 2010a. « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes: » P. 403-18 in *Singuliers généralistes*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- Hassenteufel, Patrick. 2010b. « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics »: *Informations sociales* n° 157(1):50-58.
- Hughes, Everett C. 1963. « Licence et mandat ». P. 99-106 in *Le regard sociologique. Essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie*. Paris: Editions de l'école des hautes études en sciences sociales. (1997)
- Kononovich, Katerina, Charlotte de Fontgalland, et Jean-Marc Macé. 2025. « Le territoire vécu comme outil du diagnostic territorial et objet de connaissances en santé ». 37.
- Le Goff, Tanguy, Catherine Mangeney, et Anaïs Sadjji. 2024. « Les intercommunalités franciliennes se saisissent de la santé ». *Gouvernance-Santé (Institut Paris région)* (1009).
- Legendre, Blandine. 2020. « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population ». *Etudes et résultats (Drees)* (1144).
- Lucas-Gabrielli, Véronique. 2010. « Les territoires de santé: des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification ». *Pratiques et Organisation des Soins* Vol. 41(1):73-80.
- Macron, Emmanuel. 2018. « Discours sur la transformation du système de santé "Prendre soin de chacun" ».
- Macron, Emmanuel. 2023. « Discours du président de la République à l'occasion des voeux aux acteurs de la santé. »
- Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professionnels de santé. 2023. *Plan « 100% CPTS »*.
- Ministère de la Santé et de la prévention. 2023. *Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles*.
- Offner, Jean-Marc. 2006. « Les territoires de l'action publique locale: Fausses pertinences et jeux d'écarts ». *Revue française de science politique* 56(1):27.
- ORS Paca. 2019. *Maillage territorial des CPTS en région Paca*.
- Pierru, Frédéric. 2020. « Agences régionales de santé : mission impossible ». *Revue française d'administration publique* N° 174(2):385-403.
- Polton, Dominique, et Huguette Mauss. 2003. *Territoires et accès aux soins*. Credes.
- Rogez, Raphael, et Anne Bouygard. 2019. « Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé ». *Actualité et dossier en santé publique* (107).

- Schlegel, Vincent. 2022. « Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps ». *Questions d'économie de la santé (Irdes)* (273).
- Schweyer, François-Xavier. 2024. « La crise Covid, un accélérateur de la territorialisation. Le cas des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en France ». Présenté à Congrès de l'Association française de science politique (AFSP), juillet 4, Grenoble.
- Schweyer, François-Xavier, Laure Fiquet, Sébastien Fleuret, Marie Blois, Marie Garnier, Antoine Géral, et Aline Ramond-Roquin. 2020. « Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales ». *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- Star, Susan, et James Griesemer. 1989. « Ecologie institutionnelle « traductions » et objets frontières : des amateurs et des professionnels au musée de zoologie vertébrée de Berkeley, 1907-1939. »
- Star, Susan Leigh. 2010. « Ceci n'est pas un objet-frontière ! : Réflexions sur l'origine d'un concept ». *Revue d'anthropologie des connaissances* 4(1).
- Torre, André, et Damien Talbot. 2018. « Proximités : retour sur 25 années d'analyse ». *Revue d'économie régionale & urbaine* (5-6):917-36.
- Trompette, Pascale, et Dominique Vinck. 2009. « Retour sur la notion d'objet-frontière ». *Revue d'anthropologie des connaissances*.
- Vigneron, Emmanuel. 2020. « Existe-t-il une préférence française pour les inégalités sociales et territoriales de santé ? » P. 410-36 in *Santé : urgence*. Odile Jacob.