

En amont des Journées nationales des CPTS, qui se déroulaient les 11 et 12 octobre à Auxerre (89), nous avons sollicité le président de la Fédération des CPTS, David Guillet, pour faire le point sur le déploiement de ce mode d'exercice coordonné.

DAVID GUILLET

“PLUTÔT QUE LA CONTRAINTE, NOUS MISONNS SUR LA PÉDAGOGIE”



D.R.

Kiné actualité : Quel a été votre parcours professionnel et qu'est-ce qui vous a poussé à devenir président de la Fédération des CPTS ? Qu'est-ce qui vous intéresse dans ce mode d'exercice coordonné qui se développe depuis quelques années ?

David Guillet : J'exerce en tant qu'infirmier libéral dans le sud-ouest de la Mayenne depuis décembre 2005. Je me suis intéressé très tôt à l'exercice coordonné car sur ce territoire, nous avons dû faire face au départ simultané de 3 médecins. Pour trouver des solutions, nous avons noué des discussions interprofessionnelles, avec des élus et des patients, et mis en place une forme de coordination.

Si une maison de santé répond à certains besoins pour les patients qui ont déjà un médecin traitant, elle n'apporte pas de solution pour ceux qui n'en ont

pas. Par ailleurs, cet échelon est insuffisant pour parler aux hôpitaux, par exemple. C'est mieux d'être plusieurs centaines de professionnels libéraux pour qu'ils vous écoutent. Il fallait donc changer d'échelle. Au fil du temps, je me suis rapproché de syndicats d'autres professions de santé pour réfléchir à ces questions. Les CPTS sont dans les tuyaux depuis 2013 et elles ont connu un véritable coup d'accélérateur avec la stratégie *Ma Santé 2022* d'Emmanuel Macron. La Fédération des CPTS a été créée en 2017. Je m'y suis investi dès le départ. Mais je conserve 3 jours d'activité libérale par semaine - j'y tiens. Je suis par ailleurs président de l'URPS - infirmier Pays-de-Loire depuis 7 ans.

Quelles sont les missions de la Fédération des CPTS ? Quelles actions mène-t-elle ?

À l'origine, il s'agissait surtout de faire remonter les informations du terrain et de les centraliser, puis de les faire passer aux décideurs politiques. Elle a des missions de représentation, d'expertise, et dispose d'un comité d'interface avec les syndicats de professionnels libéraux de santé. Je précise qu'elle ne se prévaut pas de porter la parole de ceux qui signeront ou non l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'association s'est structurée petit à petit et s'appuie aujourd'hui sur 3,5 salariés. Elle travaille sur des dossiers comme le numérique en santé ou la fin de vie, elle porte nos revendications dans la perspective du prochain ACI... Elle assure par exemple la formation des coordinateurs de CPTS. Une autre action dont je suis fier est la création du Collège national des coordinateurs de CPTS, qui est une véritable mine de ressources.

CPTS :
communauté
professionnelle
territoriale de santé.

RAPPEL

DÉFINITION ET MISSIONS DES CPTS

Créées par la “loi de modernisation de notre système de santé” de 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent “un dispositif souple, à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble, pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population”. Constituées à l'initiative des professionnels, elles ont vocation à rassembler tous les acteurs de santé d'un territoire donné : professionnels libéraux mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux (Ehpad, etc.). Elles contribuent à une meilleure coordination de ces acteurs ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des usagers.

Une CPTS se distingue des structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée.

Les CPTS remplissent 6 missions de service public :

- faciliter l'accès aux soins non programmés en ville, en particulier pour

les patients qui n'ont pas de médecin traitant ;

- mettre en place des parcours répondant aux besoins des territoires pour renforcer la prise en charge et le suivi des patients, éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients complexes, handicapés, âgés...

- initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé ;

- contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins ;

- accompagner les professionnels de santé sur leur territoire ;

- participer à la réponse aux crises sanitaires.

Pour bénéficier de financements pérennes de l'assurance maladie, chaque CPTS doit conclure un contrat décliné de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), signé entre les professionnels impliqués, la CPAM et l'agence régionale de santé (ARS).

L'adhésion à votre fédération est-elle obligatoire ?

Non, pas du tout. C'est une démarche volontaire. En revanche, nous nous efforçons de porter la voix de toutes les CPTS. Et durant la première année de création d'une CPTS, les professionnels peuvent adhérer de façon individuelle. Cela leur donne accès à toutes nos ressources : documents, projets, coordonnées... 80 % des CPTS ont signé l'ACI et généralement, une fois que c'est fait, elles adhèrent à la Fédération.

Comment avez-vous participé au tour de France des CPTS, lancé en mars dernier ?

À chaque étape, nous avons eu la chance de faire partie du trinôme ARS/CPAM/FCPTS. Nous avons été audités et nous avons eu accès au rapport en amont de sa publication officielle. Nous avons eu l'opportunité d'y faire des ajustements. Et parmi les 3 personnes sollicitées par Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée de l'organisation territoriale et des professions de santé, figure l'une de nos administratrices : Marie-Hélène Certain, médecin généraliste aux Mureaux (Yvelines).

Le rapport publié à l'issue de ce tour de France recommande notamment “une meilleure lisibilité des missions des CPTS” : qu'est-ce qui n'est pas clair ?

Nous avons constaté que subsistent un certain nombre de malentendus, quel que soit le stade de développement des CPTS. Par exemple, beaucoup croient qu'une CPTS est là pour trouver un médecin traitant aux usagers qui n'en ont pas. Concernant les parcours complexes, il faut opérer une meilleure distinction entre les missions des CPTS et celles des DAC (dispositifs d'appui à la coordination). Nous aimerions clarifier aussi ce qu'on attend de nous en termes de prévention : qu'est-ce qu'une CPTS est supposée porter avec une enveloppe si faible ? Et en matière de crise sanitaire, nous souhaitons que nos missions soient mieux reconnues car à ce jour, c'est au bon vouloir des ARS.

Les CPTS existantes sont-elles équitablement réparties en France, ou y a-t-il des zones blanches importantes ?

Il y en a quelques unes. La plus importante, c'est la Corse, avec son organisation administrative spécifique. Le Grand Est était à la peine mais la région a à peu près rattrapé son retard. À ce jour, 75 à 80 % du territoire est couvert, avec plus de 820 projets de CPTS, à divers stades d'avancement.

Il faut 5 à 7 ans pour qu'un projet devienne pleinement opérationnel. Alors laissons du temps au temps. Plutôt que de miser sur la contrainte, je recommande de donner à la FCPTS les moyens de se rendre dans ces zones blanches pour comprendre à quoi elles sont dues. Souvent, c'est lié à un historique local : une pénurie de médecins, un problème de compréhension de certains professionnels qui auraient voulu être rattachés à un autre secteur... Il est impératif de se rendre sur place et d'être facilitateurs plutôt qu'inquisiteurs. C'est le message que nous portons au ministère.

Sur le plan conventionnel, le modèle est-il abouti ou souhaitez-vous qu'il évolue ?

Il doit évoluer. Il y a actuellement une carence concernant les zones touristiques et les DOM : les enveloppes financières sont les mêmes que pour les autres zones, alors qu'en monoprofessionnel il existe des enveloppes “vie chère”. Nous demandons la même chose.

Concernant les soins non programmés, le premier ACI ne tient pas compte du fait qu'à Paris, par exemple, 40 % de ces soins concernent des gens qui ne vivent pas à Paris.

Il subsiste également un problème de lecture des objectifs opérationnels, entre ce qu'attendent les professionnels et ce qu'attendent les institutions,

Nous publierons un compte rendu des Journées nationales des CPTS dans le prochain numéro.

notamment les CPAM. Certaines se comportent comme des gendarmes alors qu'elles devraient se montrer facilitatrices.

À quels freins est confronté le développement des CPTS, selon vous ?

Le frein principal est la nouveauté : il faut le temps que les professionnels s'acculturent à cette forme de coordination. Par ailleurs, le caractère obligatoire peut faire peur. Je pense aussi que l'idée a été mal comprise par certains : une CPTS n'est pas un effecteur de soins. Son objet est uniquement l'organisation des soins sur un territoire.

À l'avenir, il faudrait que l'enveloppe dont dispose une CPTS soit scindée en 2 pour que son utilisation soit optimale : une partie pour financer ses ressources humaines, l'autre pour lui permettre d'assurer ses missions. Les coordinateurs ne peuvent pas tout faire, ils ont besoin d'être soutenus.

A contrario, quels sont les ingrédients clés pour qu'une CPTS prenne forme et devienne opérationnelle rapidement ?

Elle doit avant tout s'appuyer sur une dynamique pluriprofessionnelle et transversale. Ça ne fonctionnera pas si elle est portée par une seule profession ou par 3 ou 4 professionnels sur tout un territoire. Le projet doit intégrer des problématiques liées à la population de ce territoire, il faut donc se rapprocher des associations de patients locales afin de co-construire le projet de santé avec elles. Sur le plan opérationnel, il faut pouvoir compter sur le soutien financier de l'ARS dès le départ, en particulier pour ce qui relève de la coordination. Et il faut que les professionnels soient impliqués dans l'écriture du projet de santé. Celui-ci ne peut pas être rédigé uniquement par un consultant.

Agnès Firmin Le Bodo souhaite que 100 % de la population soit couverte par des CPTS : est-ce réaliste ? Et souhaitable ?

D'ici décembre 2023, cela ne me semble pas réaliste. Ce sera plus vraisemblablement pour décembre 2024.

Que pensez-vous du système d'opt-out proposé dans la proposition de loi Valletoux ? Et de cette proposition de loi dans son ensemble ?

La Fédération des CPTS s'est prononcée contre ce projet de loi car le timing était mauvais : il est tombé en même temps que les négociations conventionnelles des médecins. Et surtout, le signal envoyé était mauvais : avec ce système d'opt-out, on a pris le problème à l'envers. Il vaudrait mieux donner aux CPTS les moyens de se faire connaître, d'identifier les professionnels ressources sur un territoire, de faire un



D.R.

véritable travail de communication et de géographe. Il est toujours possible de retourner voir un professionnel qui n'a pas souhaité s'engager dans une CPTS pour savoir pourquoi et essayer de le convaincre. Plutôt qu'un système contraignant, nous misons sur la pédagogie. C'est le message que nous allons porter auprès des sénateurs, qui doivent bientôt débattre du texte.

SOPHIE CONRARD