



**Fédération Nationale**  
Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

# Résultats de la Grande Enquête des CPTS

<b>1. Données de cadrage</b> .....	3
<b>2. Une dynamique collective réelle</b> .....	6
<b>3. Un territoire de partenariats</b> .....	7
<b>4. Évaluation de l'engagement des CPTS sur l'accès aux soins</b> .....	9
4.1. Les soins non-programmés.....	9
4.2. Accès aux soins - Accès à un médecin traitant .....	11
4.3. Accès aux soins - Publics isolés ou éloignés du soin .....	13
4.4. Accès aux soins - Actions menées autour du renforcement de l'offre de soins .....	14
<b>5. Financement des CPTS</b> .....	16
5.1. Les frais de fonctionnement des CPTS .....	16
5.2. Indemnisation et rémunération des professionnels de santé .....	18
5.3. Analyse de l'écart entre enveloppes ACI et dépenses réelles .....	18
5.4. La fongibilité des enveloppes : un enjeu prioritaire pour les CPTS .....	23
5.5. Une évolution nécessaire de l'ACI.....	24
5.6. Thésaurisation et diversification des fonds des CPTS .....	26

## Objectifs

La première édition de cette grande enquête poursuit **quatre objectifs principaux** :

1. Avoir une meilleure connaissance des CPTS et de leurs caractéristiques
2. Identifier sur l'axe « accès aux soins », dans un premier temps, des éléments tangibles démontrant la plus-value des CPTS
3. Réaliser une première évaluation des besoins financiers des CPTS
4. Identifier vos besoins et attentes vis-à-vis de la FCPTS

Cette enquête s'adresse à toutes les CPTS qu'elles soient ou non adhérentes à la FCPTS.

## 1. Données de cadrage

310 questionnaires complétés, 202 intégralement.

73% des questionnaires ont été répondus par des salariés de CPTS contre 27% par des administrateurs.

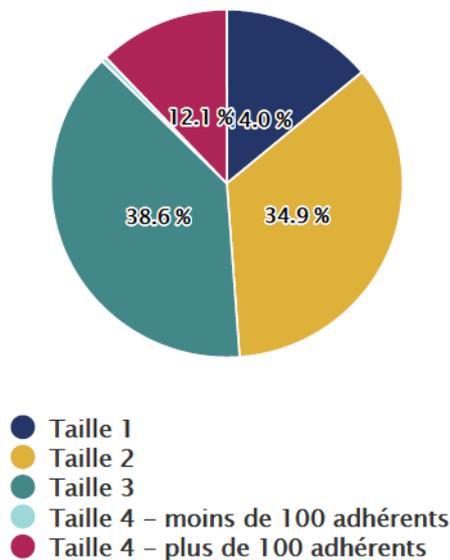
**Tableau n°1 : Représentativité de l'échantillon par région**

Régions	Nb de CPTS	Nb de CPTS répondantes	% des CPTS	% de l'échantillon
<b>AURA</b>	93	27	14,90%	13,04%
<b>BFC</b>	31	5	4,97%	2,42%
<b>Bretagne</b>	32	12	5,13%	5,80%
<b>CVL</b>	31	16	4,97%	7,73%
<b>Grand Est</b>	45	19	7,21%	9,18%
<b>HDF</b>	51	8	8,17%	3,86%
<b>IDF</b>	91	20	14,58%	9,66%
<b>Normandie</b>	16	12	2,56%	5,80%
<b>NA</b>	65	33	10,42%	15,94%
<b>Occitanie</b>	64	20	10,26%	9,66%
<b>PDL</b>	32	17	5,13%	8,21%
<b>PACA</b>	61	11	9,78%	5,31%
<b>Martinique</b>	1	1	0,16%	0,48%
<b>Corse</b>	1	1	0,16%	0,48%
<b>Guadeloupe</b>	2	0	0,32%	0,00%
<b>Guyane</b>	1	1	0,16%	0,48%
<b>Mayotte</b>	1	0	0,16%	0,00%
<b>La Réunion</b>	6	4	0,96%	1,93%
	<b>624</b>	<b>207</b>		<b>100,00%</b>

En comparaison avec la répartition des CPTS ayant signé leur ACI par région, les régions PACA, Hauts-de-France et Île-de-France sont légèrement sous-représentées (4 points de différence), à la différence des régions Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire légèrement sur-représentées (3 points de différence).

**Graphique n°1 : Répartition de l'échantillon par taille de CPTS**

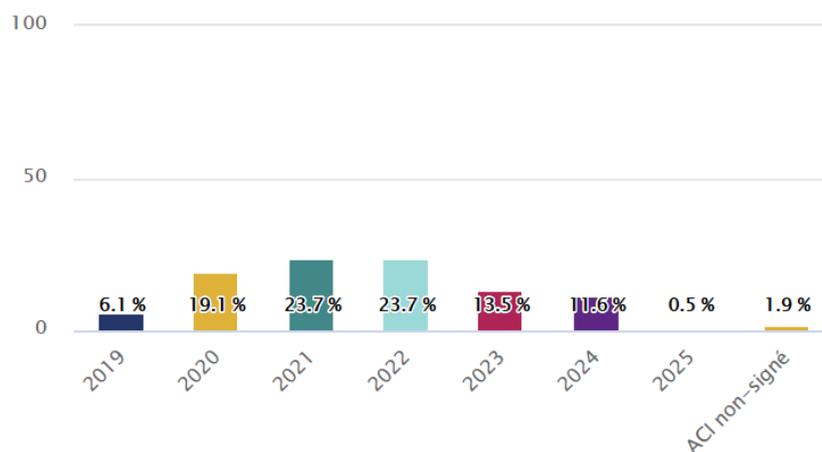
Quelle est la taille de votre CPTS ?



L'échantillon est également représentatif des CPTS en termes de taille. Les CPTS de taille 1 sont néanmoins sous-représentées par rapport aux CPTS de taille 4.

**Graphique n°2 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'année de signature de l'ACI**

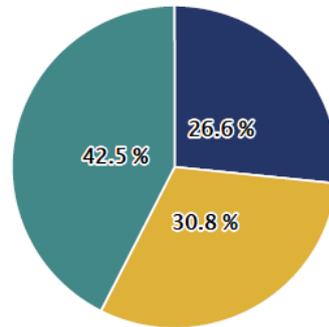
En quelle année votre CPTS a-t-elle signé l'ACI ?



72,5% des CPTS répondantes à l'enquête ont signé leur ACI avant 2023 contre 62,34% des CPTS en France. L'échantillon comporte donc des CPTS un peu plus anciennes.

### Graphique n°3 : Répartition de l'échantillon en fonction de la typologie de territoire

Quelle est la typologie de votre territoire ?



- A dominante urbaine
- A dominante rurale
- Mixte : Semi-urbain ou semi-rural

Les différentes typologies de territoire sont représentées au sein de cet échantillon avec une prédominance pour les territoires « mixtes » (semi-urbain ou semi-rural).

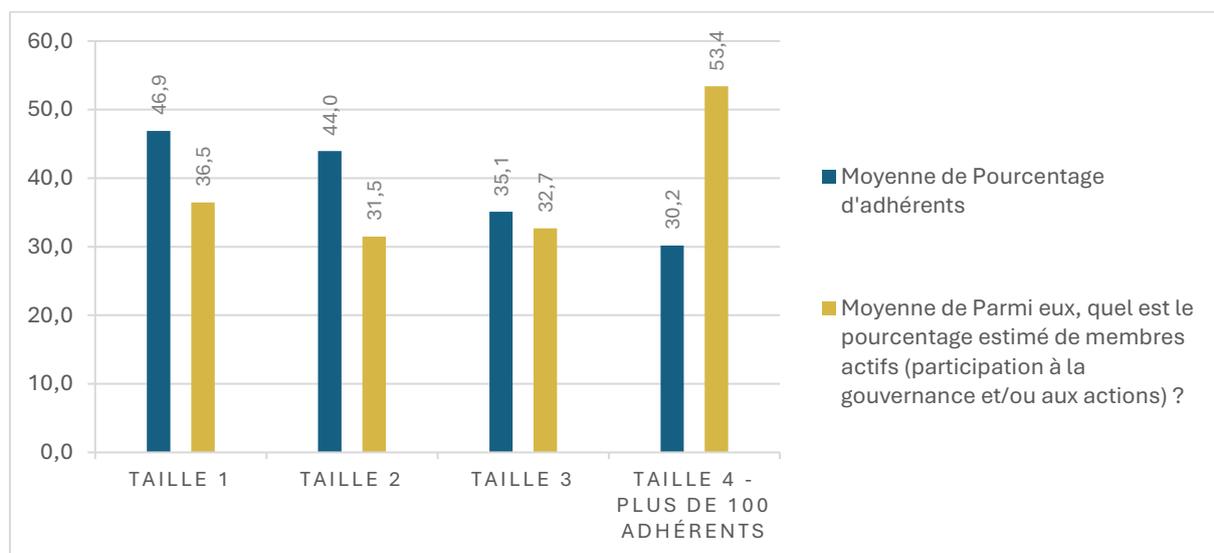
## 2. Une dynamique collective réelle

L'adhésion à une CPTS semble fortement liée à **deux facteurs** : la **taille de la CPTS** et son **ancienneté**.

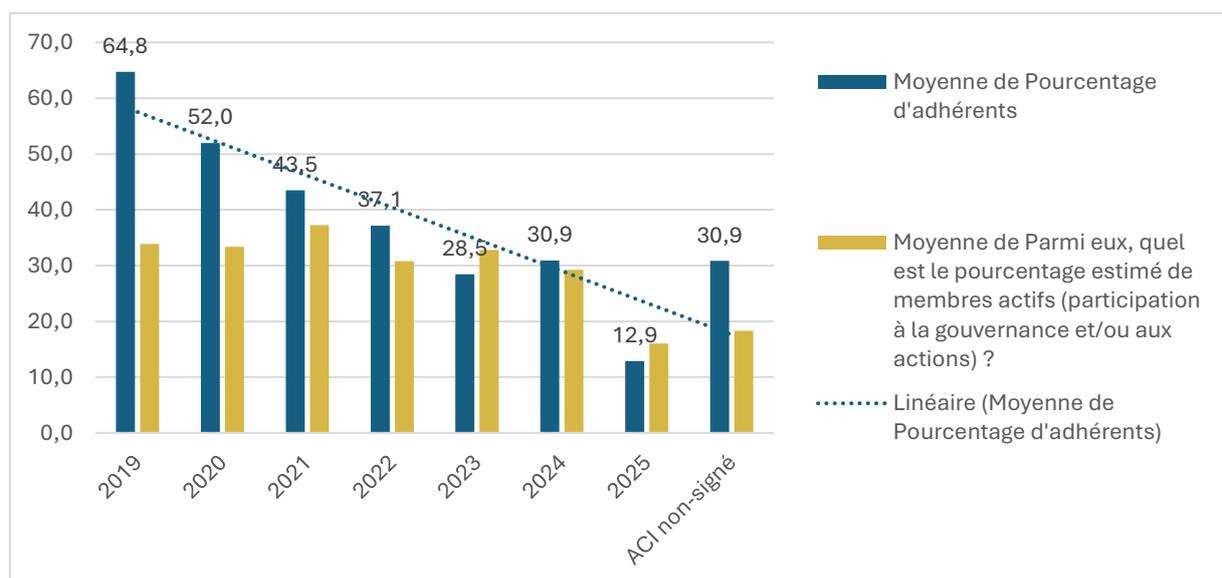
Le **facteur taille est directement corrélé à la typologie de territoire** : le taux d'adhésion étant en moyenne de 47% en territoires ruraux, 32% en territoires urbains et de 38% en territoires semi-urbain/rural.

Taux d'adhésion moyen : 39,4% (base : 194 CPTS répondantes)

**Graphique n°4 : Pourcentage moyen d'adhérents et de membres actifs par taille de CPTS**



**Graphique n°5 : Pourcentage moyen d'adhérents et de membres actifs par année de signature de l'ACI**



### 3. Un territoire de partenariats

215 CPTS répondantes sur cette partie du questionnaire.

Cette enquête démontre que **les CPTS ont réussi à structurer et animer un réseau de partenaires en proximité avec une tendance forte à associer ces acteurs à leur gouvernance.** Les CPTS apparaissent ainsi comme des organisations pertinentes pour l'intégration et la coordination des acteurs à même de faire vivre un projet de territoire.

Les CPTS répondantes travaillent avec :

- Les centres hospitaliers : à 90,5%
- Les communes et intercommunalités : à 87%
- Les DAC : à 87%
- Les MSP : à 83%
- Les établissements sociaux et médicosociaux : à 80%
- Les Départements : à 54%
- Les représentants d'usagers : à 51%
- Les CDS : à 45%
- Les Régions : à 24%
- Autres associations locales : 71%

**Tableau n°2 : Modalités de partenariat par type de partenaires des CPTS**

Sous-question	Echanges réguliers	Convention de partenariat	Adhésion à la CPTS
Centre Hospitalier	156 (46.71%)	88 (26.35%)	90 (26.95%)
Représentants des usagers	72 (47.06%)	14 (9.15%)	67 (43.79%)
Communes, métropole ou intercommunalités (dont PETR)	158 (57.88%)	58 (21.25%)	57 (20.88%)
Département	97 (71.85%)	27 (20%)	11 (8.15%)
Région	48 (84.21%)	8 (14.04%)	1 (1.75%)
Maison de Santé Pluriprofessionnelle	147 (51.94%)	32 (11.31%)	104 (36.75%)
Centre de Santé	80 (51.95%)	23 (14.94%)	51 (33.12%)
DAC	159 (54.64%)	54 (18.56%)	78 (26.8%)
Etablissements sociaux et médico-sociaux	143 (53.56%)	34 (12.73%)	90 (33.71%)
Autres associations locales	133 (57.83%)	35 (15.22%)	62 (26.96%)
<b>Total</b>	<b>1193 (54.8%)</b>	<b>373 (17.13%)</b>	<b>611 (28.07%)</b>

Nombre de réponses : 215/215 (100%)

Lecture : pour 26,3% des CPTS, la collaboration avec les centres hospitaliers se formalisent par le biais d'une convention de partenariat.

### Tableau n°3 : Modalités de participation des partenaires au Conseil d'Administration des CPTS

Sous-question	Oui avec droit de vote	Oui sans droit de vote	Non
Centre Hospitalier	67 (33.67%)	30 (15.08%)	102 (51.26%)
Représentants des usagers	55 (28.95%)	21 (11.05%)	114 (60%)
Communes, métropole ou intercommunalités (dont PETR)	36 (18.37%)	27 (13.78%)	133 (67.86%)
Département	10 (5.26%)	11 (5.79%)	169 (88.95%)
Région	3 (1.64%)	6 (3.28%)	174 (95.08%)
Maison de Santé Pluriprofessionnelle	70 (36.65%)	9 (4.71%)	112 (58.64%)
Centre de Santé	34 (19.77%)	11 (6.4%)	127 (73.84%)
DAC	36 (18.85%)	30 (15.71%)	125 (65.45%)
Etablissements sociaux et médico-sociaux	64 (32.99%)	31 (15.98%)	99 (51.03%)
Autres associations locales	38 (21.35%)	20 (11.24%)	120 (67.42%)
<b>Total</b>	<b>413 (21.92%)</b>	<b>196 (10.4%)</b>	<b>1275 (67.68%)</b>

Nombre de réponses : 215/215 (100%)

Lecture : 48,8% des CPTS intègre les Centres hospitaliers à leur Conseil d'Administration, 33,7% avec droit de vote et 15,1% sans droit de vote.

D'autres acteurs locaux ou régionaux sont mentionnés spontanément par les CPTS de manière significative (+ de 5% des CPTS répondantes), par ordre d'importance :

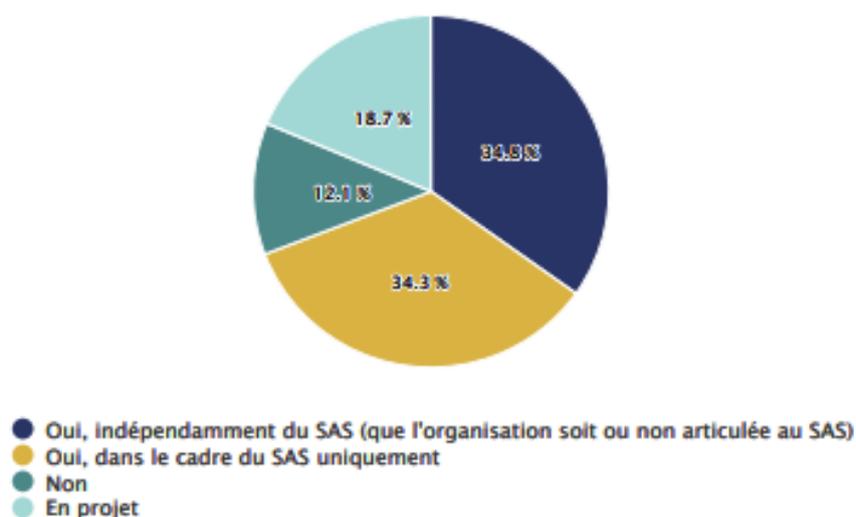
- Acteurs du champ social : mission locale, CCAS, centres sociaux
- Les autres CPTS
- Les cliniques
- Les contrats locaux de santé
- Le SDIS
- L'Education nationale
- Les Facultés/écoles de l'enseignement supérieur
- Les URPS et InterURPS
- Les acteurs de la permanence des soins : MMG, ADOPS
- Les SAS
- Les CMP
- Les maisons sport-santé
- Les CRCDC
- Les SAAD/SSIAD
- Les GRADeS
- Les Ordres
- L'HAD

## 4. Évaluation de l'engagement des CPTS sur l'accès aux soins

### 4.1. Les soins non-programmés

Un engagement fort des CPTS sur l'organisation territoriale des soins non-programmés avec 69% des CPTS qui ont mis en place une organisation de soins non-programmés et 18,7% qui l'ont en projet.

**Graphique n°6 : Mise en place d'une organisation d'orientation et de réponse aux demandes de soins non-programmés en CPTS**



Nombre de réponses : 198/198 (100%)

Les organisations de soins non-programmés portées par les CPTS ont en moyenne **2 ans d'ancienneté**.

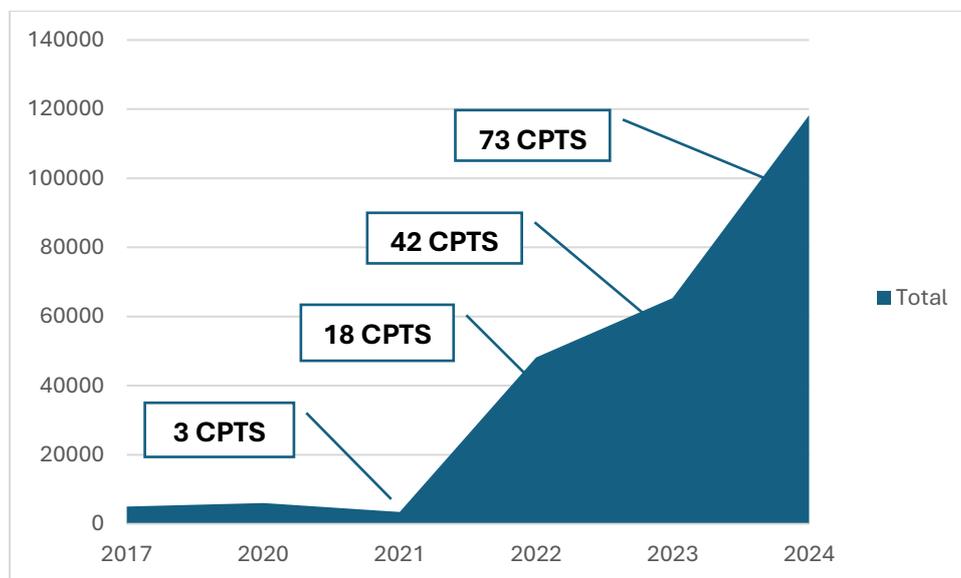
**Tableau n°4 : Types de soins non-programmés organisés par les CPTS**

Libellé	Pourcentage
En médecine générale	63.05%
Pédiatriques (par médecins généralistes ou pédiatres)	13.25%
En kinésithérapie	8.03%
Dentaires	4.42%
Périnataux	2.01%
Autre	9.24%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Sur 121 CPTS répondantes, 3394 professionnels de santé sont mobilisés et la moyenne de participation à l'organisation de soins non-programmés est de 28 professionnels par CPTS.

**247 003 consultations enregistrées** sur 73 CPTS répondantes depuis 2021. En 2024, 118 720 consultations sont déclarées par les 73 CPTS répondantes soit une moyenne de 1643 consultations/an par CPTS soit un peu plus de 6 consultations par jour (5 jours/semaine, 52 semaines).

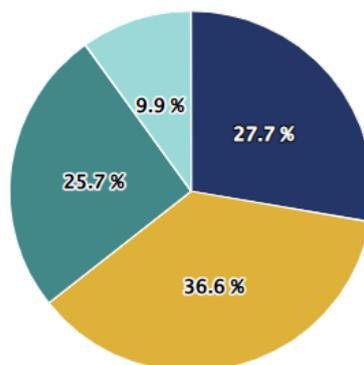
**Graphique n°7 : Evolution du nombre de consultations dans le cadre des organisations de soins non-programmés portée par les CPTS (2017-2024)**



La participation des CPTS au SAS est réelle avec **63,3% des CPTS** qui **participent activement au SAS**. On remarque néanmoins que **25,7%** n'ont pas été associées à sa mise en œuvre.

**Graphique n°8 : Modalités de participation des CPTS aux SAS**

Votre CPTS participe-t-elle au SAS ?



- Oui, elle en est membre fondateur et fait partie de la gouvernance
- Oui, elle en est membre actif mais ne fait pas partie de la gouvernance
- Non, elle n'a pas été intégrée à sa mise en œuvre
- Non, le projet SAS n'est pas ou pas encore abouti

L'intégration au SAS que ce soit de manière opérationnelle et/ou au sein de la gouvernance apparaît très variable en fonction des facteurs suivants :

- **L'ancienneté de la CPTS** : plus la CPTS est ancienne, plus elle est intégrée au SAS (55% pour les CPTS ayant signé en 2024 versus 75% pour les CPTS ayant signé en 2019 et 2020)
- **La taille de la CPTS** : 62% pour les CPTS de taille 1 versus 80% pour les CPTS de taille 4
- **La région d'appartenance** : 0% à la Réunion, 41% en AURA pour les taux d'intégration les plus bas versus 75% en Normandie ou 93% en Centre-Val de Loire

#### 4.2. Accès aux soins - Accès à un médecin traitant

Les 197 CPTS répondantes à ce volet ont mis en place ces actions, il y a 2 ans en moyenne.

**Tableau n°5 : Recensement en nombre absolu et en pourcentage de chaque action mise en place par les CPTS pour répondre aux problématiques d'accès à un médecin traitant**

Actions mises en place	Nombre	Pourcentage
Orientation des patients sans MT vers une offre existante localement (nouveaux médecins installés / médecins acceptant de nouveaux patients)	138	70%
Etablissement d'une liste de patients sans médecin traitant	89	45%
Coopération pluriprofessionnelle : bilans préparatoires réalisés par d'autres professions de santé, protocoles de coopération, etc.	36	18%
Orientation des patients sans MT vers des ressources médicales à distance sur le territoire de la CPTS (téléconsultation)	34	17%
Orientation des patients sans MT vers des ressources médicales complémentaires (retraités, internes) coordonnées par la CPTS	20	10%
Orientation des patients sans MT vers des ressources médicales à distance (téléconsultation), hors territoire CPTS	9	5%
<i>Nous n'avons pas encore mis en place d'action sur l'accès à un médecin traitant</i>	21	11%

Base : 197 CPTS répondantes

**60% des patients** identifiés par la CPTS ont trouvé une solution (sur 37 CPTS répondantes)

**20 759 patients** ayant retrouvé un médecin traitant sur 78 CPTS répondantes (10 CPTS de taille 1, 25 CPTS taille 2, 34 CPTS taille 3, 9 CPTS taille 4).

**Tableau n°6 : Recensement en nombre absolu et en pourcentage de chaque action mise en place par les CPTS pour répondre aux problématiques d'accès aux soins**

<b>Autres actions menées sur l'accès aux soins</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Développement des protocoles de coopération	80	40%
Développement de la télé-expertise	80	40%
Développement de l'accès direct (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes)	75	38%
Mise en place d'une plateforme d'orientation des demandes de soins (infirmiers, orthophoniques etc.)	45	23%
Autres actions	67	34%

Base : 198 CPTS répondantes

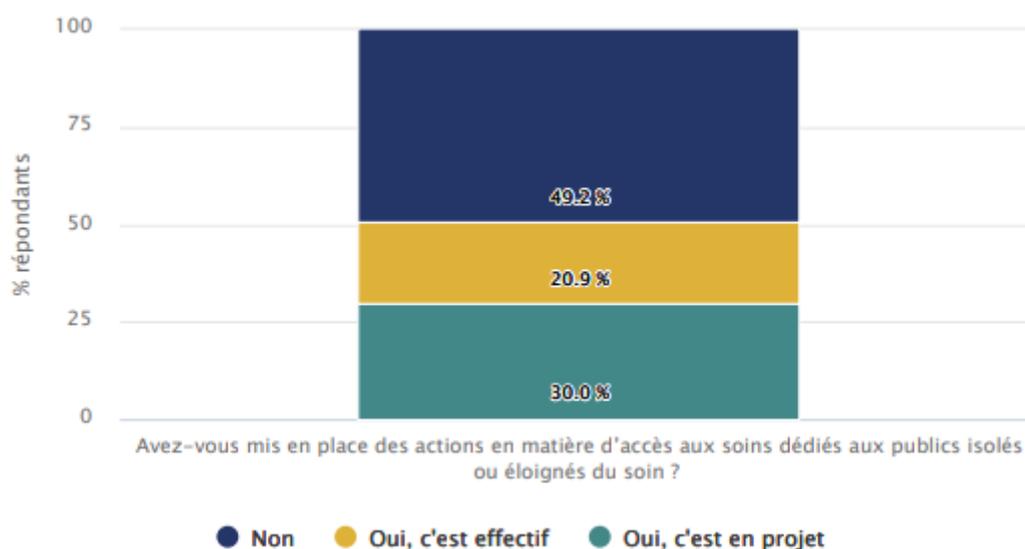
Les autres actions citées par les CPTS répondantes :

- Facilitation de l'accès aux analyses médicales/laboratoires
- Téléconsultation assistée augmentée, à domicile
- Consultation en binôme MG/IDE
- Accès direct vers des consultations de 2<sup>nd</sup> recours
- Incubateur de Santé Solidaire et de Rééducation / Centre de soins avec consultations médicales de généralistes et spécialistes
- Médicobus
- Orientation des demandes de soins urgents infirmiers et kinésithérapie (via différents outils numériques)
- Embauche IDE coordinateur de parcours ou IPA pour gérer les demandes d'accès aux soins
- Accompagnement à la libération du temps médical : informations, accompagnement individuel dans l'embauche d'un assistant médical etc.
- Préparation/accompagnement des départs en retraite : numérisation, transmission dossier
- Information grand public sur les modalités d'accès à un médecin traitant
- Mise en place de numéros d'accès direct aux services hospitaliers
- Actions autour des transports : transports sanitaires, mobilité des usagers

### 4.3. Accès aux soins - Publics isolés ou éloignés du soin

95 CPTS sur 190 CPTS répondantes déclarent avoir mis en place des actions en matière d'accès aux soins des publics isolés ou éloignés du soin, que ces actions soient effectives ou en projet.

**Graphique n°9 : Mise en place d'actions en matière d'accès aux soins dédiés aux publics isolés ou éloignés du soin**



**Tableau n°7 : Recensement en absolu et en pourcentage des actions menées vers les publics isolés ou éloignés du soin**

Quels types d'action ?	Nombre	Pourcentage
Téléconsultation assistée au domicile du patient	47	51%
Medicobus	25	27%
Téléconsultation assistée dans un cabinet paramédical ou un local tiers	22	24%
Permanence délocalisée	9	10%

Base : 92 CPTS répondantes

Parmi les autres actions citées menées vers les publics isolés ou vulnérables :

- Travaux avec la PASS
- Mise en place d'une médiation en santé/ouverture des droits/convention avec la MISAS de la CPAM
- Mammobile
- Actions ciblées en QPV, EHPAD, Maison de l'enfance, foyers, centre d'hébergement d'urgence, associations locales (« aller vers » : éducation santé, vaccination, dépistage etc.)
- Suivi du patient âgé isolé sans MT à domicile : binôme MG-IDE
- Bilan de situation par l'infirmière de parcours pour reconstituer une équipe traitante
- Organisation des visites à domicile

- Organisation nomade sur le territoire type unité mobile de prévention et de dépistage
- Consultations avancées de médecins de second recours
- Partenariat avec le CLS : mobilités, travailleurs saisonniers
- Partenariat avec le centre d'examen médical de la CPAM

**17 387 patients isolés ou éloignés du soin pris en charge dans ce cadre**  
(sur 29 CPTS répondantes)

#### 4.4. Accès aux soins - Actions menées autour du renforcement de l'offre de soins

**Tableau n°8 : Recensement en absolu et pourcentage des actions menées pour renforcer l'offre de soins existante**

Actions menées pour renforcer l'offre de soins existante	Nombre	Pourcentage
Actions de communication et organisation d'événements pour favoriser l'attractivité du territoire	154	84%
Promotion de l'accueil des étudiants en stage	128	70%
Accompagnement des projets d'installation	106	58%
Accompagnement des professionnels dans l'optimisation du temps de soins (assistants médicaux, dispositif Asalée, aides administratives)	82	45%
Accompagnement d'un projet d'installation d'IPA	57	31%
Autres actions	22	12%

Base : 183 CPTS répondantes

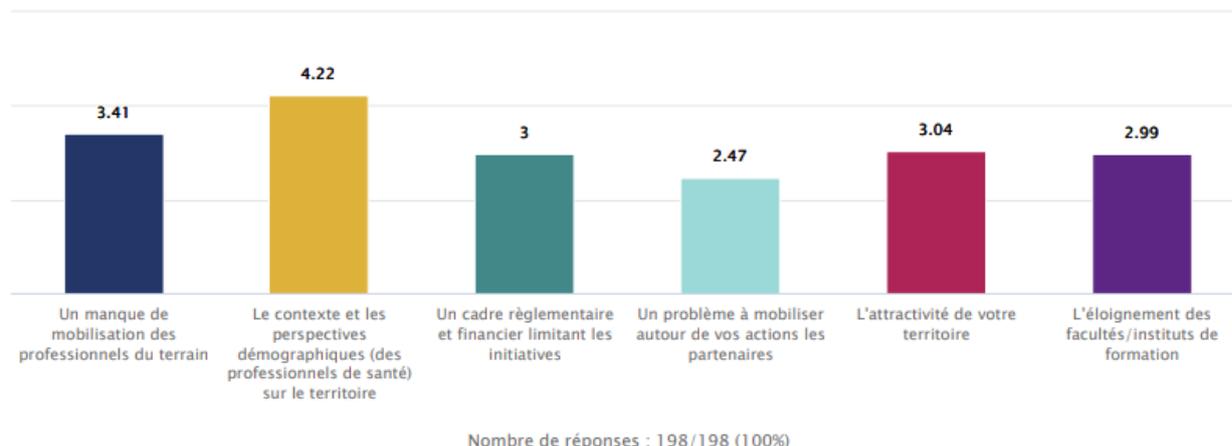
Autres actions citées :

- Accompagnement à la création de MSP
- Collaboration avec les centres de santé
- Mise à disposition de logements, projet d'hébergement d'étudiants
- Participation au forum/journées de l'installation / promotion des métiers de la santé
- Réalisation d'enquêtes sociologiques

**354 projets d'installation accompagnés par les CPTS (sur 37 CPTS répondantes)**

## Graphique n°10 : Classement des freins à la bonne réalisation de la mission « Accès aux soins » par ordre d'importance

Quels sont les freins les plus importants à la bonne réalisation de cette mission « Accès aux soins » sur votre territoire (1 Δ = peu important / 5 Δ = très important) ?



### Autres freins identifiés :

- Oppositions multiples : SOS médecins, URPS, syndicats, ordres
- Volonté politique/méconnaissance du sujet par les collectivités et manque de concertation avec les professionnels,
- Hospitalo-centrisme
- Médico-centrisme
- Particularités de chaque territoire versus visions/organisations nationales imposées
- Difficulté pour les CPAM à comprendre les enjeux/difficultés du territoire
- Délais administratifs
- Coût des outils numériques hébergeurs de données de santé
- Manque de MSP ou ESP, CDS voire fermeture
- Manque de temps et souffrance des soignants : sollicitation multiple et importante des PS
- Manque de locaux
- Méconnaissance des dispositifs existants
- Zonage des PS
- Les transports/mobilité
- « Centres à horaires élargis »
- Accès à la médecine de 2nd recours et plateau technique
- Manque de temps pour mobiliser
- Agressivité/impatience des patients

**4,8% des CPTS** estiment être fortement **dépendantes des ressources en médecins retraités** pour mener à bien cette mission et **10,8% relativement dépendante**.

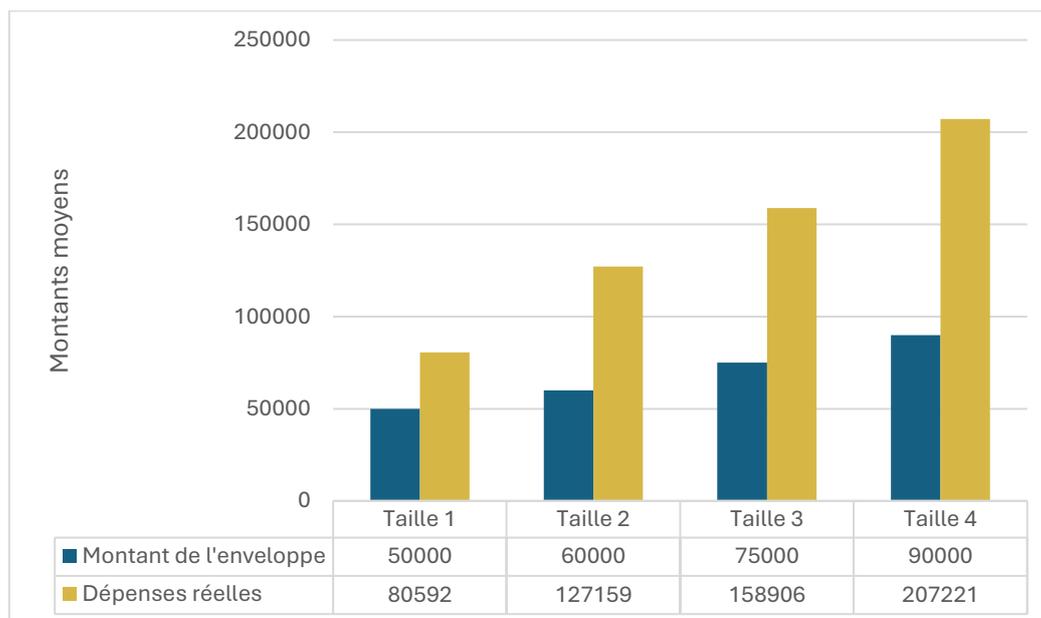
**69,1% des CPTS** sondées envisagent de travailler avec les **futurs Docteurs Juniors** sur cette mission.

## 5. Financement des CPTS

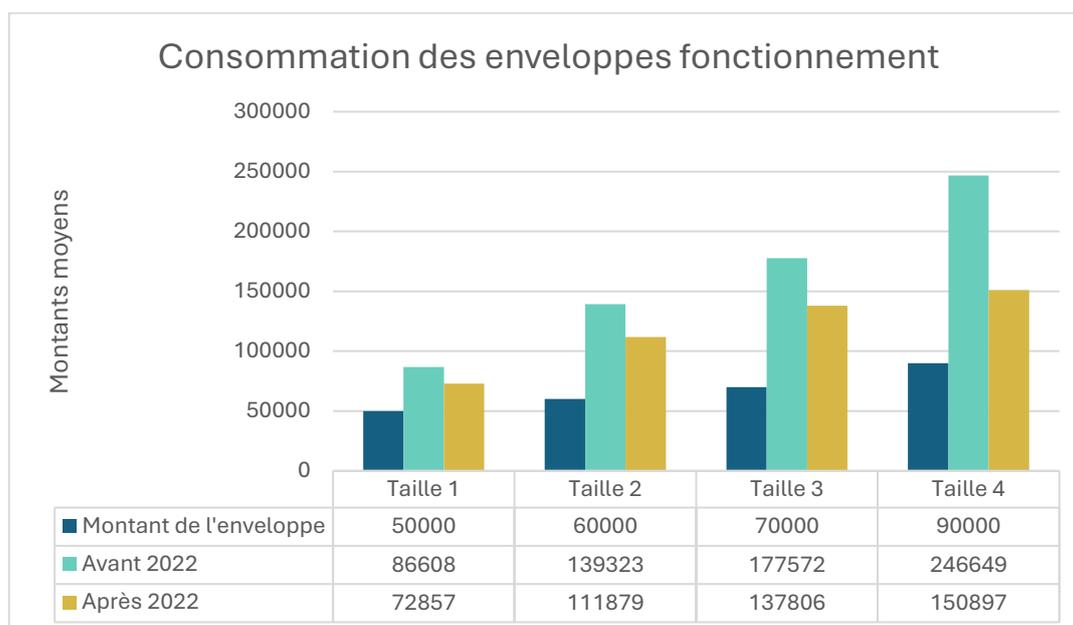
### 5.1. Les frais de fonctionnement des CPTS

Les CPTS déclarent des frais de fonctionnement bien supérieurs aux enveloppes allouées dans le cadre de l'ACI. Les écarts sont, par ailleurs, significatifs entre tailles de CPTS et en fonction de l'ancienneté de la CPTS.

**Graphique n°11 : Consommation des enveloppes fonctionnement par taille de CPTS**



**Graphique n°12 : Consommation des enveloppes fonctionnement par taille de CPTS et par ancienneté (signature ACI avant/après 2022)**

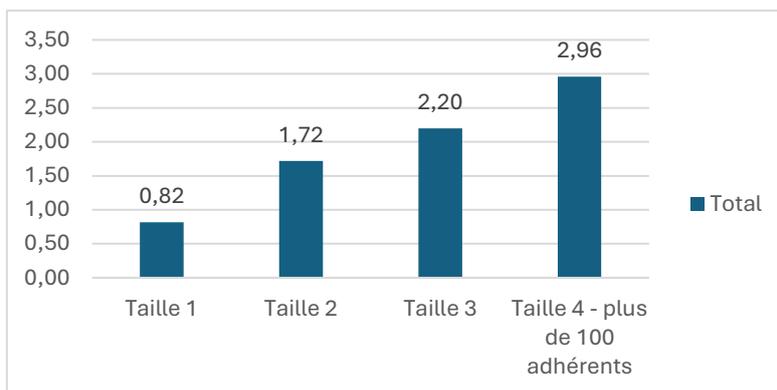


Base : 132 CPTS répondantes

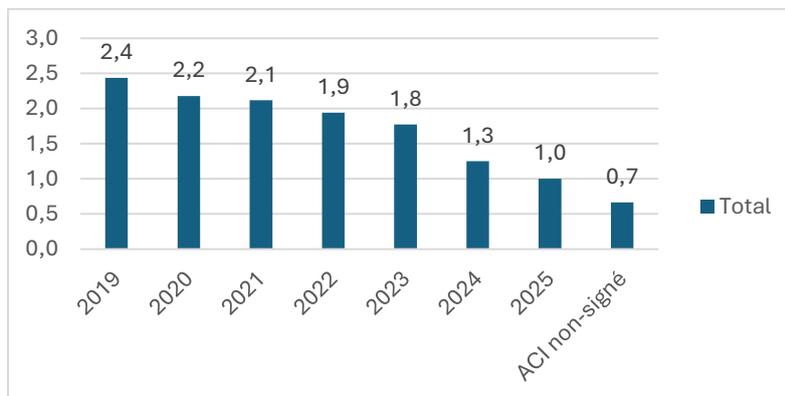
Afin de mieux comprendre ce que recouvrent les frais de fonctionnement, les CPTS ont été interrogées sur certains types de dépenses : ressources humaines, locaux.

Les CPTS embauchent en moyenne **1,94 ETP** de salariés pour les accompagner dans la réalisation de leurs missions et la structuration interne (Base : 165 CPTS répondantes), avec des variations importantes en fonction de la taille et de l'ancienneté.

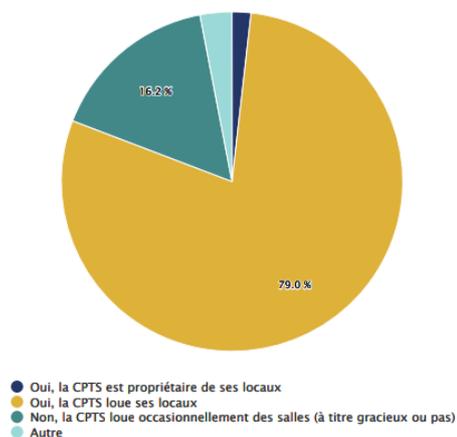
**Graphique n°13 : Nombre d'équivalents temps plein par taille de CPTS**



**Graphique n°14 : Nombre d'équivalents temps plein par année de signature de l'ACI**



**Graphique n°15 : Pourcentage de CPTS ayant des locaux**



## 5.2. Indemnisation et rémunération des professionnels de santé

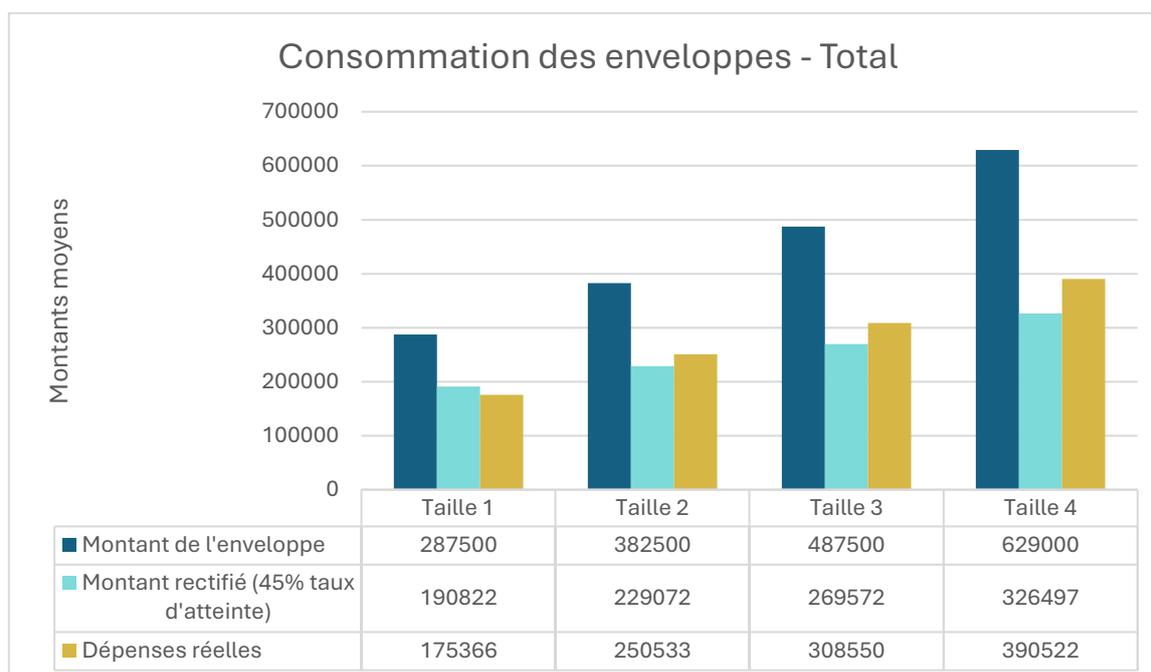
Les CPTS déclarent que **l'indemnisation de leurs dirigeants** représente **12%** en moyenne de leur budget annuel total (112 CPTS répondantes). On remarque également des **différences significatives entre régions** (IDF : 4,5%, AURA : 5,2%, PACA : 9,4% versus Grand Est : 23,8%, Pays de la Loire : 21,8%, Normandie : 18,5%, Occitanie : 16,6%). L'effet taille de la CPTS est quant à lui limité : on observe un bien moindre pourcentage d'indemnisation en taille 1 (7,5% versus 13,5% pour les tailles 2). **L'ancienneté de la CPTS n'a pas d'effet sur cette variable.**

La **rémunération des professionnels de santé dans le cadre des missions ACI** représente **18%** en moyenne de leur budget annuel total (112 CPTS répondantes). On remarque de nouveau un effet région : Pays de la Loire : 25,1%, La Réunion : 24,7%, HDF : 24% versus Nouvelle Aquitaine : 11,3%, IDF : 14,8%). **L'ancienneté est un facteur important à prendre en compte** : 16,8% pour les CPTS ayant signé après 2022 et 19,3% pour les CPTS ayant signé avant 2022.

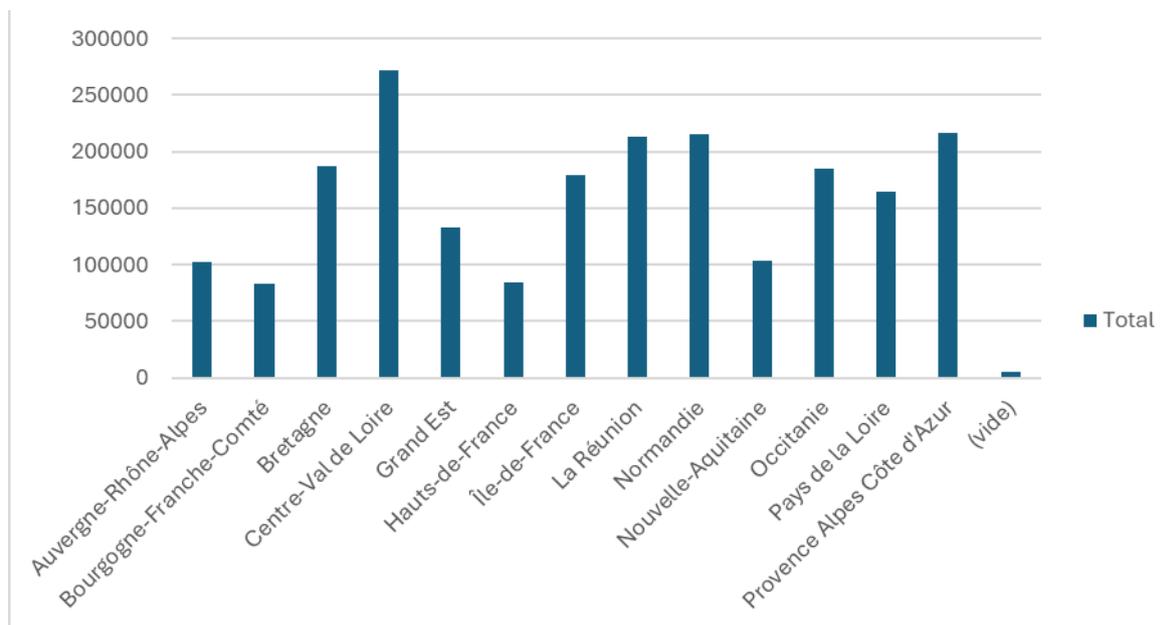
## 5.3. Analyse de l'écart entre enveloppes ACI et dépenses réelles

Cette enquête vise également à objectiver les écarts entre dépenses réelles et enveloppes maximales prévues par l'ACI. **Des variations sont observables en fonction de la taille de la CPTS et la région d'appartenance.** La typologie de territoire ou l'ancienneté des CPTS ne semblent pas déterminant, à l'exception de la consommation totale des enveloppes qui varie selon l'ancienneté. Cette variation est imputable aux frais de fonctionnement. Aucune variation significative est observable entre CPTS sur les dépenses associées aux missions en fonction de l'ancienneté.

**Graphique n°16 : Comparaison de la consommation des enveloppes en fonction de la taille des CPTS (enveloppes maximales, enveloppes rectifiées avec un taux d'atteinte des objectifs à 45% et dépenses réelles déclarées par les CPTS)**

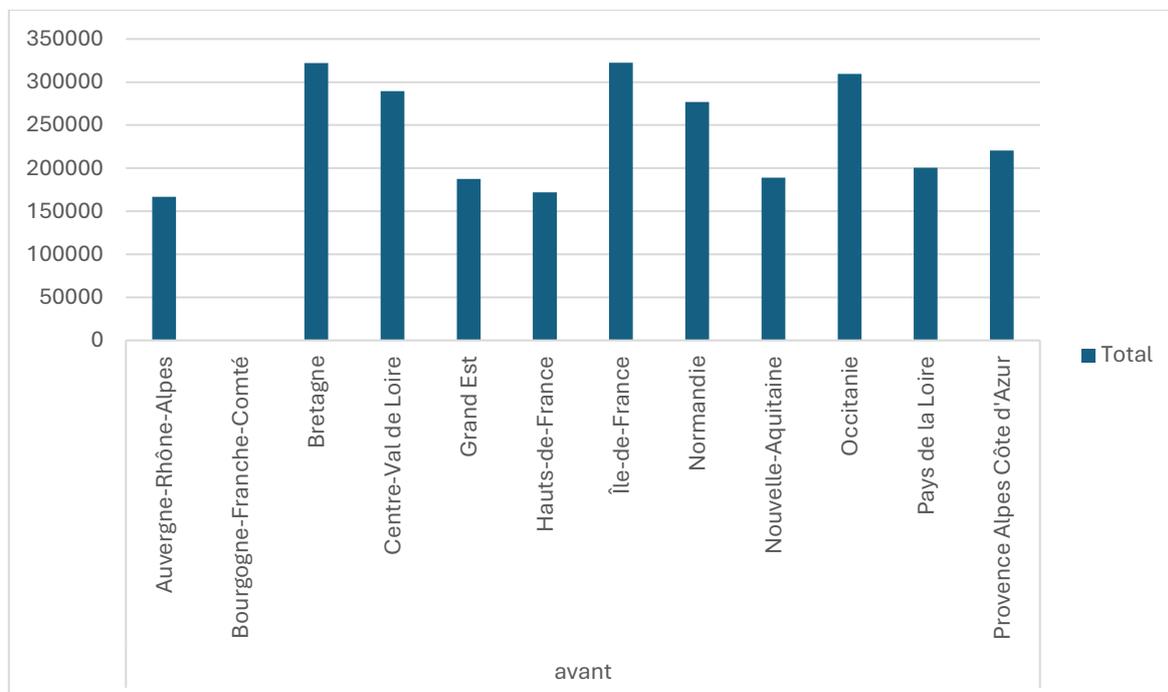


**Graphique n°17 : Comparaison de la consommation des enveloppes en fonction des régions d'appartenance**

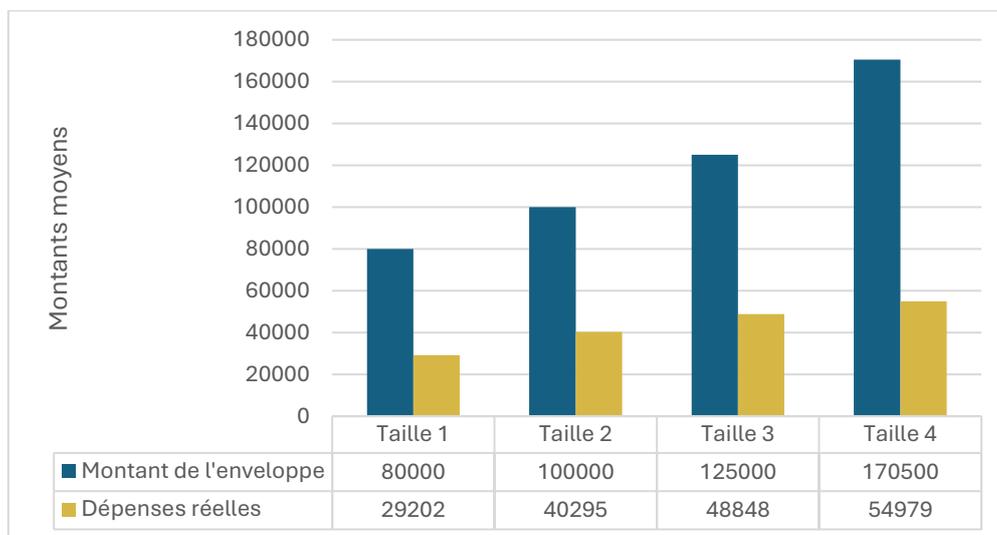


L'ancienneté doit également être prise en compte. Si on regarde la consommation totale des enveloppes uniquement dans les CPTS ayant signé leur ACI avant 2022, les différences entre régions s'estompent légèrement.

**Graphique n°18 : Comparaison de la consommation des enveloppes en fonction des régions d'appartenance dans les CPTS ayant signé leur ACI avant 2022**

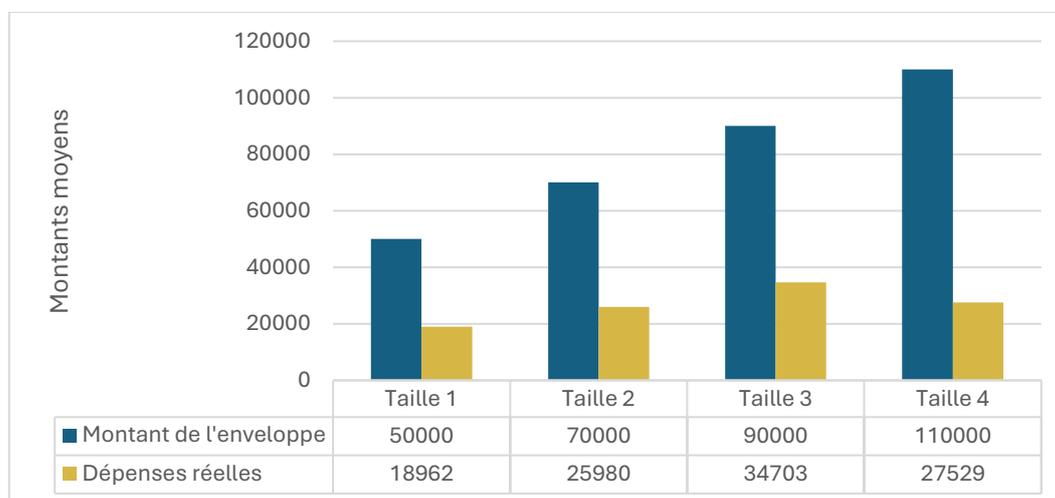


**Graphique n°19: Comparaison de l'enveloppe Accès aux soins avec les dépenses réellement engagées sur la mission (déclaratif) en fonction de la taille de la CPTS**



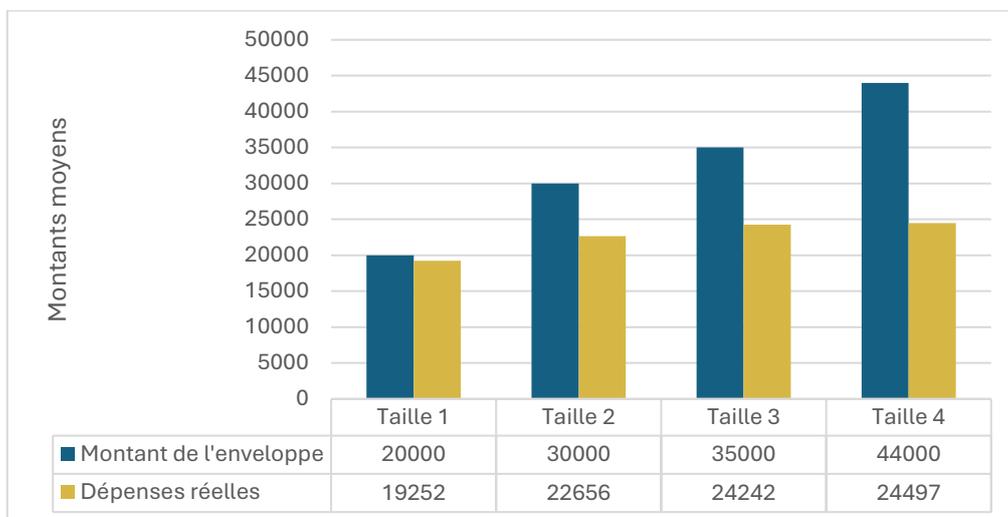
On remarque ici des différences notables en fonction de la taille mais aussi des régions (les CPTS de la région Centre-Val de Loire consomment en moyenne 68 946€ toutes tailles confondues, les CPTS de la région Occitanie 62 418€ et de la région Île-de-France 57 611€)

**Graphique n°20: Comparaison de l'enveloppe Parcours avec les dépenses réellement engagées sur la mission (déclaratif) en fonction de la taille de la CPTS**



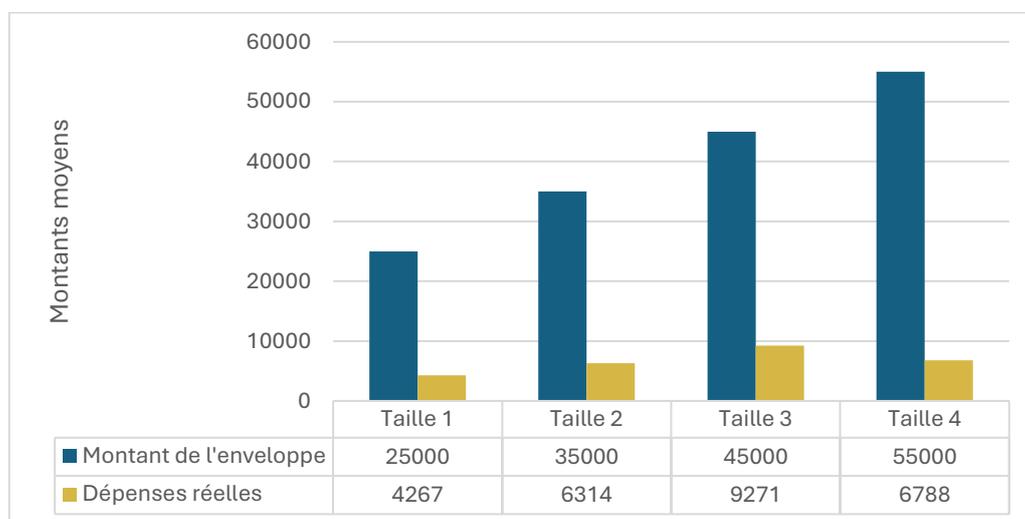
Sur cette mission, ce sont les CPTS des régions Bretagne (40 263€ en moyenne) et Hauts-de-France (seulement 15 000€ en moyenne) qui se démarquent.

**Graphique n°21 : Comparaison de l'enveloppe Prévention avec les dépenses réellement engagées sur la mission (déclaratif) en fonction de la taille de la CPTS**



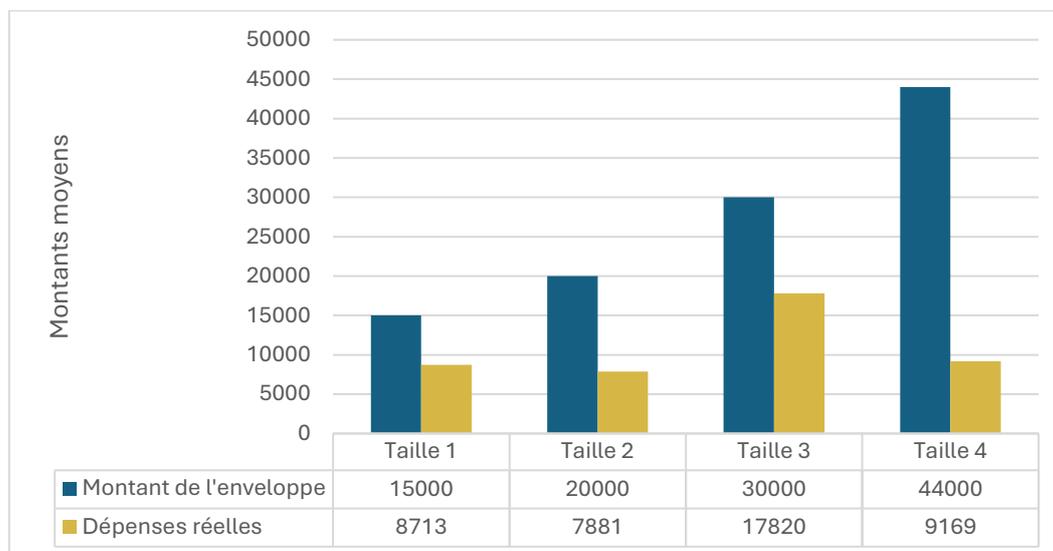
Sur cette mission, ce sont de nouveau les CPTS des régions Bretagne (30 350€ en moyenne), Île-de-France (28 678€) et Hauts-de-France (seulement 16 925€ en moyenne) qui se démarquent.

**Graphique n°22 : Comparaison de l'enveloppe Gestion de crise avec les dépenses réellement engagées sur la mission (déclaratif) en fonction de la taille de la CPTS**



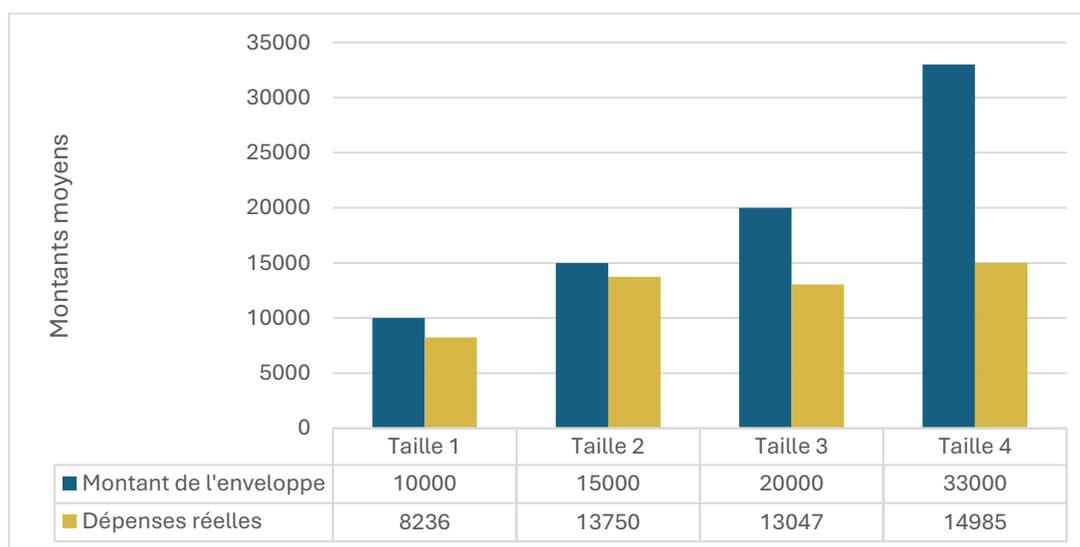
La consommation de cette enveloppe semble très dépendante de la manière dont les CPTS se sont emparées de la mission et des actions mises en place. Aussi, on remarque un effet région important lié à une acculturation à la mission SSE et un accompagnement dédié par les acteurs régionaux. Ainsi, en région PACA, la consommation moyenne de l'enveloppe est de 17 912€ (min : 10 000 / max : 25 000, base 10 CPTS répondantes).

**Graphique n°23 : Comparaison de l'enveloppe Qualité et pertinence des soins avec les dépenses réellement engagées sur la mission (déclaratif) en fonction de la taille de la CPTS**



Sur cette mission, ce sont les CPTS des régions Normandie (40 207€ en moyenne), de La Réunion (21 955€ sur 4 CPTS répondantes) et de la région PACA (16 718€) qui se démarquent des autres régions.

**Graphique n°24 : Comparaison de l'enveloppe Accompagnement des professionnels avec les dépenses réellement engagées sur la mission (déclaratif) en fonction de la taille de la CPTS**



Sur cette mission, l'effet région est moins important mais si les CPTS des régions Bretagne (17 153€ en moyenne) et Centre-Val de Loire (16 362€) semblent utiliser davantage de fonds pour cette mission.

#### 5.4. La fongibilité des enveloppes : un enjeu prioritaire pour les CPTS

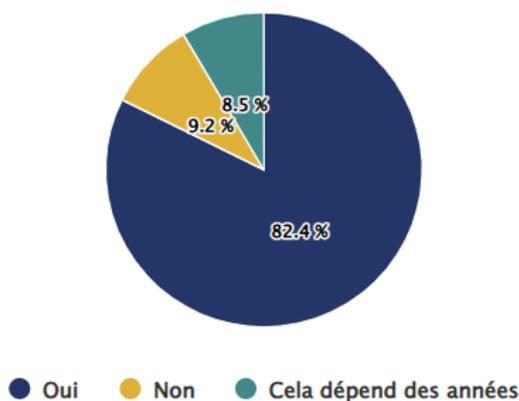
Deux questions ont été posées pour apprécier de manière différente l'enjeu de la fongibilité des enveloppes. L'analyse des écarts entre enveloppes théoriques et dépenses réellement engagées souligne d'une part, des charges de fonctionnement bien supérieures à l'enveloppe fonctionnement et d'autre part, des dépenses sur les missions inférieures aux enveloppes théoriques.

Une première précaution importante à prendre est l'analyse des écarts au regard des enveloppes effectivement versées en fonction de l'atteinte des objectifs (Cf. graphique n°16). Cette analyse des écarts met en évidence le fait que l'enveloppe globale (fonctionnement et missions confondues) versée en prenant en compte un taux d'atteinte moyen de 45% correspond de justesse voire est légèrement inférieure aux dépenses réellement engagées. Une analyse plus fine avec des taux d'atteinte rectifié par taille de CPTS serait plus adéquate mais nécessite de disposer de cette donnée.

Nous pouvons en déduire que la fongibilité des enveloppes est pratiquée de fait par les CPTS, que celles-ci soient explicitement autorisées à le faire par leur CPAM ou que celles-ci ventilent comptablement leurs dépenses. Cette conclusion est étayée par les réponses à la question explicitement posée sur le sujet (Cf. graphique n°24) : 82,4% des CPTS sont contraintes de ventiler leurs dépenses chaque année et 8,5% en fonction des années.

#### Graphique n°25 : Pratiques de ventilation des frais de fonctionnement sur les enveloppes missions

Au regard de ce montant, êtes-vous contraint de ventiler vos dépenses de fonctionnement sur les enveloppes "missions" ?

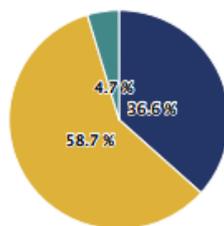


Nombre de réponses : 153/174 (87,9%)

Au regard de cette pratique de ventilation comptable de fait, nous avons posé une autre question sur la nécessité de rendre explicitement les enveloppes fongibles (Cf. Graphique n°25). Les CPTS se prononcent majoritairement pour : 58,7% pour une fongibilité sans condition et 36,6% sous conditions.

### Graphique n°26 : Opinions sur la fongibilité des enveloppes ACI (fonctionnement et missions)

Que pensez-vous de la fongibilité des enveloppes ACI (fonctionnement et missions) ?



- Elle est nécessaire mais pourrait être appliquée de manière partielle (i.e. un pourcentage de chaque enveloppe pourrait être réaffectée à une autre mission ou ...)
- Elle doit être appliquée sans condition
- Elle n'est pas nécessaire : le fléchage des enveloppes est adapté au fonctionnement de ma CPTS

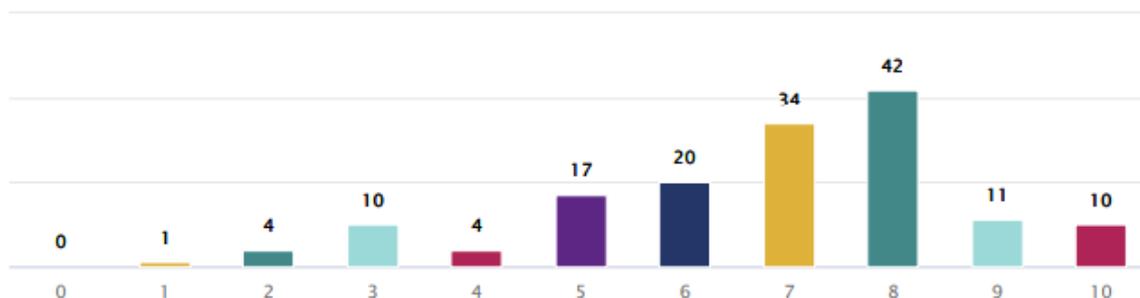
### 5.5. Une évolution nécessaire de l'ACI

Sur 153 CPTS répondantes, sur une échelle de 10, **la satisfaction du financement ACI est de 6,7 en moyenne et une médiane à 7**. L'appréciation de l'ACI est donc globalement satisfaisante. Les CPTS de taille 1 semblent davantage satisfaites avec une moyenne de satisfaction à 7,3%. Les régions les moins satisfaites sont : les DROM (4,8%), Hauts de France (5,5%), Centre-Val de Loire (5,7%). Les plus satisfaites sont PACA (7,1%) et Nouvelle Aquitaine (7,5%).

### Graphique n°27 : Satisfaction des CPTS à l'égard de l'ACI (échelle de 0 à 10)

Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure jugez-vous le montant de votre enveloppe ACI global satisfaisant ?

Inférieur ou supérieur à 50%

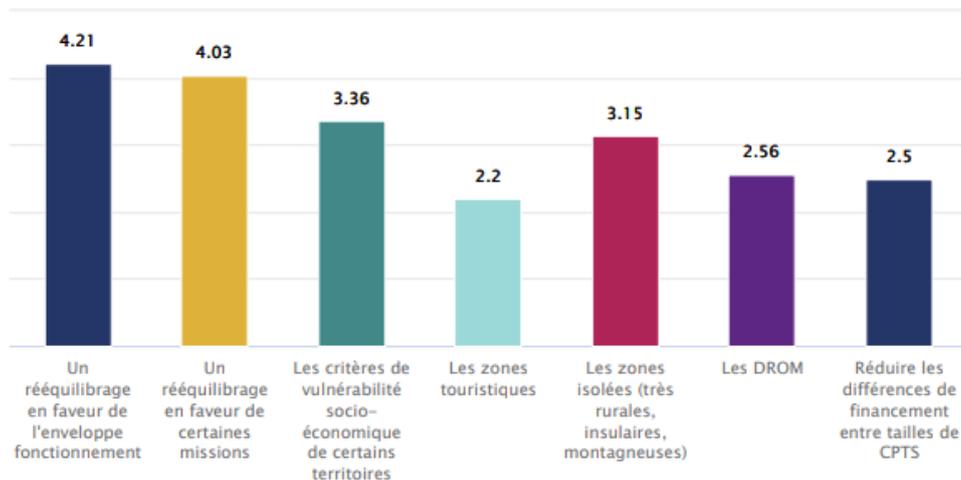


Nous avons questionné les CPTS sur les critères prioritaires sur la réévaluation/ajustement des enveloppes. En premier lieu, apparaît le rééquilibrage de l'enveloppe fonctionnement, ce qui corrobore les conclusions faites sur le point suivant s'agissant de la fongibilité. En 2<sup>e</sup> position apparaît un rééquilibrage en faveur de certaines missions. En effet, nous avons constaté que certaines enveloppes étaient sous-consommées sur certaines missions par rapport à d'autres. Les missions à revaloriser prioritairement sont, selon les CPTS sondées, l'accompagnement des professionnels de santé en 1<sup>e</sup> et la prévention et la qualité des soins en 2<sup>e</sup> et dans une moindre mesure (Cf. graphique n°28).

## Graphique n°28 : Priorisation des critères de réévaluation de l'ACI

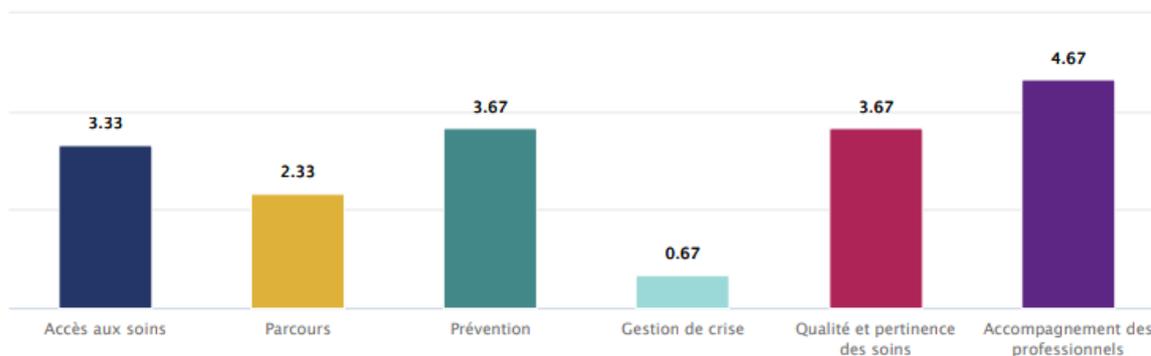
Si les enveloppes devaient être réévaluées, quels critères devraient être pris en compte et selon quels degrés d'importance ?

Priorisation de 1 à 5



## Graphique n°29 : Priorisation des missions à revaloriser

Quelles missions devraient être revalorisées par ordre d'importance ?



### Autres critères identifiés :

- Prise en compte des missions de structuration (RH, juridique, financier, recherche de locaux...)
- Âge ou maturité de la CPTS qui occasionne des frais supplémentaires
- Majoration de l'enveloppe prévention
- Nombre de professionnels sur le territoire ou adhérents et âge
- Volume du portefeuille de projets au fil des années
- Sécuriser la pluri-annualité de l'ACI par rapport aux RH
- Raisonner par « projets » plutôt que par « missions »
- Prise en compte des CPTS qui sont sur la ville de préfecture mais dans des départements ruraux (CPTS de taille 2)
- Prise en compte des effets frontières pour les CPTS à cheval sur plusieurs départements voire régions

**Autres suggestions :**

- Majoration des parts fixes et minoration des parts variables (20%)
- Harmonisation des critères de négociation des indicateurs
- Clarifier si CPTS sont effectrices (auquel cas augmentation des enveloppes)
- Prendre en compte le nombre d'ETP médecins sur le territoire dans les objectifs fixés
- Flécher des enveloppes sur des actions très précises : embauche APA, coordinateur de parcours
- Financer de manière proportionnelle et non par taille de CPTS

Ce sont autant d'éléments à prendre en compte dans le cadre des futures négociations conventionnelles.

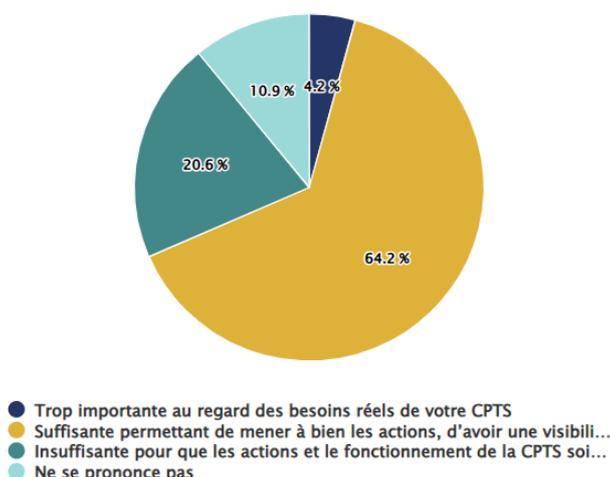
### 5.6. Thésaurisation et diversification des fonds des CPTS

Dans la continuité du point 5.4 sur la question de la fongibilité des enveloppes, nous avons voulu objectiver davantage le phénomène de thésaurisation dans les CPTS, au regard des critiques nombreuses et à charge. L'évaluation est qualitative et sur la base du déclaratif mais donne des clés de lecture intéressantes.

**Seul 4,2% des CPTS considèrent leurs fonds comme trop importants.** Une appréciation inégale en fonction des tailles de CPTS (Cf. graphique n°30, pas d'effet en fonction de l'année de signature) et de la région d'appartenance (Cf. graphique n°31). Les CPTS des régions Centre-Val de Loire et Pays de la Loire et les CPTS de la Réunion jugent ainsi plus fréquemment leur trésorerie comme insuffisante. Ces régions sont aussi celles qui déclarent des dépenses totales de fonctionnement et liées aux missions les plus importantes (Cf. point 5.3) tout en sachant que ce sont aussi des régions où les CPTS sont les plus anciennes.

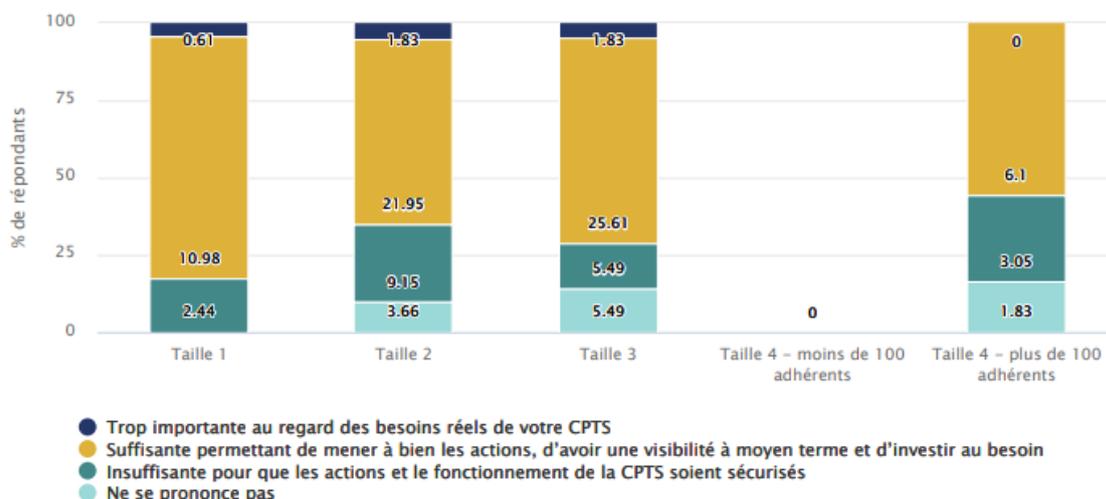
#### Graphique n°30 : Appréciation du niveau de trésorerie par les CPTS

La trésorerie de votre CPTS est

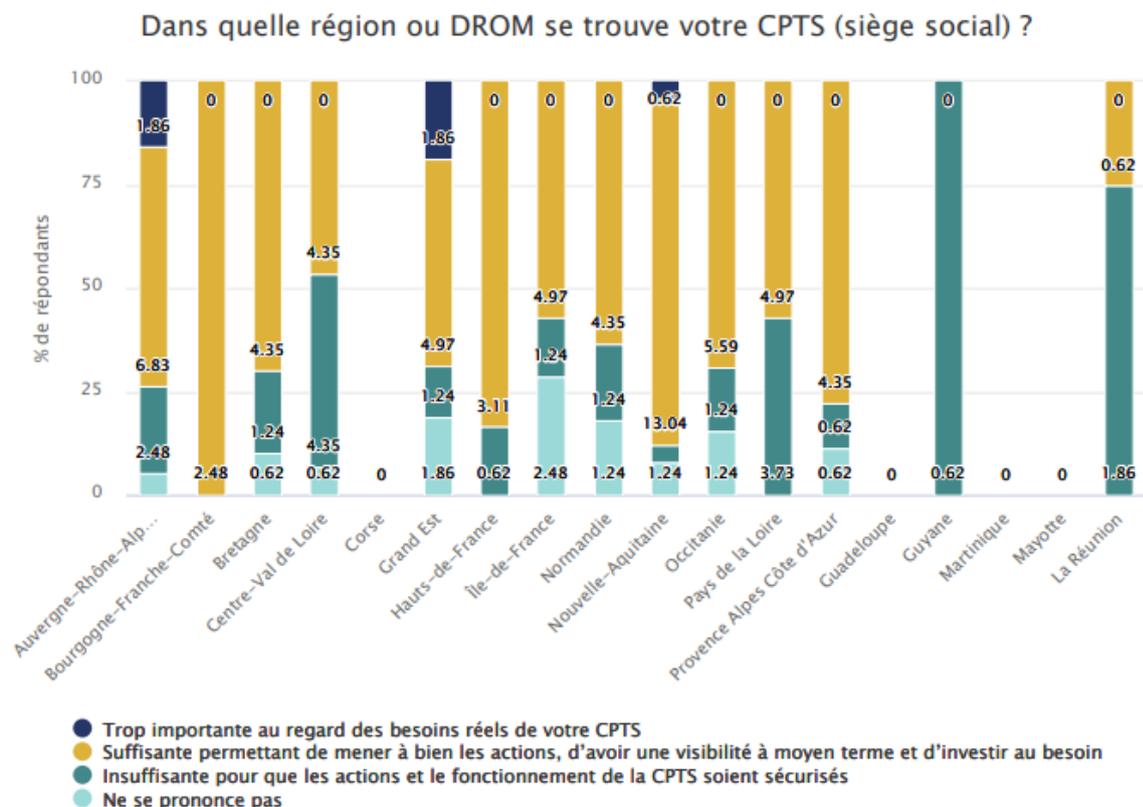


Nombre de réponses : 165/174 (94.8%)

**Graphique n°31 : Appréciation du niveau de trésorerie par les CPTS en fonction de la taille**



**Graphique n°32 : Appréciation du niveau de trésorerie par les CPTS en fonction de la région**

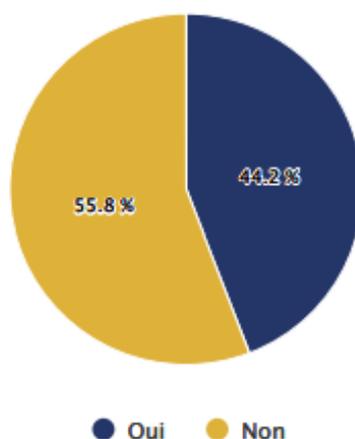


Nous avons pu constater que les fonds ACI pouvaient être insuffisants à certains endroits. Aussi, nous avons également voulu mesurer le phénomène de diversification des fonds par les CPTS. Sans être majoritaire, **44,2% des CPTS diversifient leurs fonds** (graphique n°32) et dans des proportions relativement faibles. Ces fonds représentent en moyenne **9,1% des fonds de la**

**CPTS.** L'ACI reste donc à 91% majoritaire. Les types de fonds majoritaires sont ceux issus des cotisations (30,8%) et des ARS (20,7%). Cf. tableau n°9.

### Graphique n°33 : Diversification des fonds ACI

Votre CPTS bénéficie-t-elle d'autres fonds que l'ACI ?



### Tableau n°9 : Types de fonds perçus par les CPTS

Lesquels ?

Libellé	Nombre	Pourcentage
Les cotisations des adhérents à la CPTS	52	30.77%
Communes/intercommunalité	11	6.51%
Conseil départemental	14	8.28%
Conseil régional	9	5.33%
ARS	35	20.71%
CPAM sur appels à projets	9	5.33%
Article 51 PLFSS	9	5.33%
Autres financements nationaux (fonds d'innovation par exemple)	1	0.59%
Acteurs privés : banque, assurance, mutuelle	5	2.96%
Autre	24	14.2%
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

On remarque que plusieurs facteurs agissent sur la diversification des fonds : **l'ancienneté**, la **typologie de territoire** (les territoires semi-ruraux diversifient davantage leurs fonds, à 48%) et la **région d'appartenance**.

En Occitanie, 85% des CPTS diversifient leurs fonds, en Grand Est 50%. A contrario, des régions diversifient très peu comme PACA à 22%, Hauts-de-France à 33% ou Normandie à 36%. Il est à noter que les CPTS de la région Occitanie déclarent davantage de fonds provenant de l'ARS. Cette variation est à interpréter avec précaution au regard du montant des fonds alloués et de ce qu'ils représentent dans le budget total des CPTS.

Ainsi, on remarque que les fonds autres qu'ACI représentent seulement 6,9% du budget des CPTS d'Occitanie alors qu'ils représentent 17,7% en Centre-Val de Loire, 17,6% en Île-de-France et 14% en Auvergne-Rhône Alpes.

Nous pouvons néanmoins en déduire que l'appui financier des CPTS par les acteurs publics en région est très variable que ce soit sur les montants alloués ou sur les possibilités/modalités d'accès des CPTS à ces financements.

Les autres sources de financement identifiées sont :

- CAF
- CARSAT
- MSA
- Conférence des financeurs
- CLS
- FEDER
- Dons
- Sponsoring