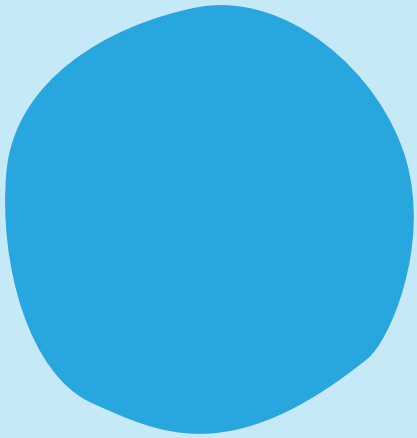
AVECsanté
AVENIR DES ÉQUIPES COORDONNÉES

MSP-CPTS : GUIDE PRATIQUE SUR LES RÔLES, MISSIONS ET CONDITIONS D'UNE COLLABORATION RÉUSSIE

ZOOM SUR DES EXEMPLES RÉGIONAUX AU SERVICE DES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION



SOMMAIRE

À retenir : l'essentiel MSP-CPTS 5

MSP et CPTS : deux niveaux complémentaires pour répondre aux besoins de santé de la population 6

Les MSP : des équipes de soins organisées au service des usagers 6

Les CPTS : organiser les réponses de santé en fonction des besoins populationnels 7

MSP et CPTS : deux échelles complémentaires 8

FICHE OUTIL - DIAGNOSTIC EXPRESS MSP-CPTS 10

Le point de vue de Gérard Raymond, Président de France Assos Santé 12

Les conditions d'une articulation réussie entre MSP et CPTS 13

Construire une gouvernance qui associe les MSP 13

Favoriser la complémentarité des coordinations 14

FICHE OUTIL - « QUI FAIT QUOI ? » 15

Faire vivre le dialogue entre projet de santé MSP et projet de santé CPTS notamment en matière d'actions de prévention 17

Le point de vue de Jean-François Moreul, président de la Fédération des CPTS (FCPTS) 19

Exemples régionaux 20

Exemples concernant la coordination de parcours de santé et actions de prévention 20

FICHE SYNTHÈSE - CPTS de Balagne / MSP de L'Île Rousse 20

FICHE SYNTHESE – CPTS de Liévin - Pays d'Artois / MSP Jules Ferry et MSP de la Plaine 22

Exemples concernant la coordination de parcours et l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) 24

FICHE SYNTHÈSE - CPTS Douar Mor / MSP de Plouay 24

FICHE SYNTHESE - CPTS Entre-deux-Mers 26

Exemples concernant la coordination de parcours entre la ville et l'hôpital 28

FICHE SYNTHÈSE - CPTS de la Bièvre / MSP des Terres de Bièvre 28

FICHE SYNTHÈSE - CPTS Sud Côte d'Or / MSP du territoire 30

Exemple concernant la médiation en santé 32

FICHE SYNTHÈSE - CPTS Sud-Est Grenoblois / Pôle de Santé Interprofessionnel 32

Exemple concernant la production d'outils 34

FICHE SYNTHÈSE - CPTS du Grand Lons / MSP du territoire 34

AVECSANTÉ, qu'est-ce que c'est ? 36

L'annuaire des fédérations régionales du mouvement 37

AVANT-PROPOS

Pourquoi ce guide ?

L'exercice en équipe pluriprofessionnelle de proximité coordonnée s'impose comme un levier majeur de transformation de l'offre de santé de proximité en France. Favoriser le travail collectif contribue à renforcer la structuration de l'offre de santé, améliorer les conditions d'exercice des professionnels et à apporter des réponses plus adaptées aux besoins de santé des populations.

Dans cette dynamique, le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) a constitué une étape majeure dans l'organisation des soins primaires. Les MSP offrent un cadre et des murs permettant à une équipe composée à minima de deux médecins et d'un professionnel paramédical, d'exercer en équipe. Créées par la loi en 2016, l'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) permet de favoriser des collaborations entre organisations ou professionnels effecteurs du monde de la santé, du médico-social et du social pour optimiser l'organisation des parcours patients à l'échelle d'un territoire et de ses acteurs, sans oublier la représentation des usagers. Dans de nombreux territoires, les dynamiques ayant conduit à la création des CPTS se sont largement appuyées sur des coopérations déjà structurées au sein des MSP.

Les MSP et les CPTS poursuivent une ambition commune d'amélioration de l'accès à la santé en intervenant à des échelles différentes mais complémentaires. Les MSP agissent en proximité, à l'échelle de leur patientèle en assurant l'effection de soins et de santé dont le suivi coordonné du parcours patient (suivi clinique, actions de prévention et promotion de la santé, orientation du patient...). Les CPTS développent des actions à l'échelle populationnelle et territoriale au-delà des soins primaires. Cette complémentarité est pertinente dès lors que les CPTS permettent de réunir autour d'une même table les professionnels de santé des soins primaires avec les professionnels du secteur sanitaire, du médico-social et du social.

La coexistence de multiples dispositifs de coordination peut toutefois susciter des interrogations quant au rôle, au périmètre d'intervention et aux responsabilités de chacun. Clarifier les missions respectives des MSP et des CPTS apparaît dès lors comme un enjeu essentiel de lisibilité et d'efficacité pour les professionnels comme pour leurs partenaires.

Ce guide a été conçu pour répondre à cet objectif. Il ne vise pas à promouvoir un modèle unique d'articulation entre MSP et CPTS, mais à partager des enseignements issus des expériences de terrain, à proposer des repères pour les acteurs des MSP et à illustrer des modalités pertinentes de coopération de niveaux différents. Son ambition est d'accompagner les équipes dans la compréhension de l'articulation des missions respectives des MSP et des CPTS, en s'appuyant notamment sur plusieurs exemples régionaux témoignant d'une collaboration réussie. Les fédérations régionales du mouvement AVECsanté se tiennent à votre disposition pour vous mettre en lien avec les MSP et CPTS citées dans ce guide. N'hésitez pas non plus à vous rendre sur leur site respectif (coordonnées en fin de guide) pour vous tenir au courant de leurs actualités et consulter les outils mis à votre disposition.

Enfin, si ce document met l'accent sur la coordination et la complémentarité entre MSP et CPTS, il n'en oublie pas l'ensemble des acteurs qui contribue à la santé des populations ayant vocation à intégrer des CPTS : équipes de soins primaires, centres de santé, établissements sanitaires, structures médico-sociales, collectivités territoriales, dispositifs de coordination, associations des usagers de la santé et institutions. C'est dans cet esprit de dialogue, de coopération et de complémentarité que ce guide a été conçu, avec la conviction que les réponses aux défis de santé actuels se construisent collectivement, au plus près des territoires et des besoins en matière de santé de la population.

Les co-présidents d'AVECsanté,



Pascal Gendry



Emmanuelle Barlerin



Patrick Vuattoux

À RETENIR : L'ESSENTIEL MSP-CPTS

Les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** et les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)** sont nées dans des contextes différents mais avec un objectif commun : contribuer à améliorer l'accès aux soins, la coordination des parcours et la réponse à l'évolution des besoins de santé des populations. Si leurs **finalités convergent, leurs champs d'action sont distincts.**

Les **MSP** sont des **structures effectrices de soins** organisées autour d'une équipe pluriprofessionnelle et d'un projet de santé partagé. Constituées principalement par des professionnels de santé des **soins primaires,** elles interviennent **au plus près des patients** et assurent leur prise en soin en équipe. Les MSP apportent leur expertise liée à leur mode d'exercice coordonné, à la prise en soin des usagers de leur bassin de vie et constituent des incubateurs d'innovations en santé pour les CPTS.

Les **CPTS** ont vocation à **faciliter les coopérations à l'échelle d'un territoire,** en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés afin de répondre aux besoins de santé à **l'échelle populationnelle,** objets de leur projet de santé.

Le **respect du principe de subsidiarité** constitue à cet égard un repère essentiel : chaque organisation doit intervenir au niveau le plus pertinent, la **MSP pour la coordination clinique** et la **prise en soin des patients,** la **CPTS pour la coordination territoriale et populationnelle.**

La base de la coopération MSP/CPTS part, en partie, des **éléments communs de leurs projets de santé respectifs.** Les MSP apportent à la CPTS leur expérience du travail en équipe, leur connaissance fine des besoins de terrain, leur ouverture au sujet de la santé publique et leur capacité à mettre en œuvre des actions concrètes. Les CPTS offrent aux MSP un espace de coopération plus large, facilitent les partenariats entre les différents acteurs du territoire, soutiennent les projets territoriaux et contribuent à structurer les parcours de santé à l'échelle de la population.

La qualité de cette collaboration repose sur plusieurs conditions :

- Une **compréhension claire et partagée des rôles de chacun :** la MSP est une structure effectrice de soins, la CPTS est une organisation facilitant le travail des effecteurs de soins
- Un **financement clair et non concurrentiel :** la CPTS n'a pas vocation à financer des professionnels de santé pour faire de l'effection de soins et des actions de prévention (dépistage, vaccination, bilan prévention, Education thérapeutique du patient, ateliers de prévention...)
- Une **gouvernance de CPTS ouverte aux acteurs de l'exercice pluriprofessionnel**
- Un **dialogue régulier entre équipes et coordinateurs** de MSP et de CPTS pour garantir la cohérence des missions
- Une attention particulière à la **complémentarité des projets, notamment en matière de prévention**

Il **n'existe cependant pas de modèle unique d'articulation entre MSP et CPTS.** Les modalités de coopération dépendent de l'histoire des territoires (coopération, enjeux de santé publique), de l'origine de la formation de la CPTS, des ressources disponibles, de leurs besoins et des acteurs qui les composent. Cette diversité constitue une richesse dès lors qu'elle s'appuie sur une volonté d'associer l'ensemble des partenaires à la constitution de projets de santé (sanitaire, soins de villes, social, médico-social, usagers de la santé) et de comprendre les responsabilités de chacun. **L'enjeu est donc de fournir des repères permettant à chaque territoire de construire un partenariat équilibré, efficace et adapté à ses réalités.**

Ce guide a été conçu dans l'objectif de **clarifier les missions respectives des MSP et des CPTS** et de mettre en lumière les conditions favorables à leur coopération via des **exemples concrets issus du terrain.** S'il s'adresse en priorité à l'ensemble des professionnels exerçant en équipe pluriprofessionnelle de proximité coordonnée, ce guide a pour vocation d'être diffusé à l'ensemble des acteurs du système de santé, du premier ou du second recours.

Méthodologie

Ce guide est le fruit des réflexions d'un groupe de travail composé de plusieurs fédérations régionales du mouvement AVECsanté. Il a pour objectif de servir de boussole aux professionnels exerçant en MSP lors de la construction de leurs projets. Ce travail a été nourri par de nombreux entretiens d'acteurs régionaux travaillant en MSP et en CPTS ainsi que des témoignages du Président de France Assos Santé, M. Gérard Raymond et du Président de la Fédération des CPTS, M. Jean-François Moreul.

MSP et CPTS : deux niveaux complémentaires pour répondre aux besoins de santé de la population

Les MSP : des équipes de soins organisées au service des usagers

Les **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** sont apparues dans un contexte de profondes mutations du système de santé au début des années 2000.

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et le caractère multifactoriel des pathologies rendent compliquées la prise en soin individuelle d'un patient par un seul professionnel de santé isolé. **Ces évolutions nécessitent d'intégrer les besoins de santé de la population, en considérant à la fois la dimension médicale, sociale et environnementale des problématiques rencontrées par les usagers.**

Dans ce contexte, les MSP sont nées avant tout de l'initiative des professionnels de terrain. Inspirées notamment par certaines expériences anglo-saxonnes d'exercice regroupé, elles constituent un exemple caractéristique de **démarche « bottom-up »** : ce sont les praticiens eux-mêmes qui ont développé ces organisations avant qu'elles ne soient reconnues et soutenues par les pouvoirs publics.

Les maisons de santé ont été inscrites dans le Code de la santé publique en 2007 à la suite de la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007, qui crée un cadre permettant de favoriser l'installation de structures regroupant plusieurs professionnels de santé. L'article L.6323-3 du Code de la santé publique définit la maison de santé comme une **personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et/ou pharmaciens.** Contrairement aux **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS),** la **MSP constitue une structure effectrice de soins.** Ces professionnels assurent principalement des **activités de soins de premier recours** et peuvent également intervenir dans le second recours. Dans le cadre d'un projet de santé partagé, ils assurent **les consultations et soins courants, la coordination clinique entre professionnels, l'organisation de parcours de soins adaptés aux besoins de la population ainsi que la mise en œuvre d'actions de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.**

Les MSP reposent sur une conviction centrale : **la qualité de la prise en soin des usagers et l'attractivité d'un territoire sont renforcées lorsque les professionnels exercent en équipe pluriprofessionnelle autour d'un projet de santé commun.** Elles sont à l'origine de collaborations territoriales afin de favoriser les échanges entre les différents professionnels, améliorer la coordination des interventions et permettre une réponse plus adaptée aux besoins identifiés localement. Les professionnels exerçant en MSP partagent surtout la même vision de l'exercice de leur profession :

- Se nourrir du travail en équipe pour améliorer leurs pratiques
- Bénéficier d'une organisation collective permettant de partager les responsabilités et améliorer leur niveau de bien-être.

Au fil des années, les MSP ont contribué à diffuser une **véritable culture de l'exercice de proximité coordonné dans les soins primaires**. Elles ont favorisé le développement du travail en équipe, renforcé la coopération interprofessionnelle et encouragé la construction de projets de santé fondés sur les réalités locales. Elles ont également joué un rôle majeur dans l'émergence de la notion de **parcours de santé**, en intégrant non seulement les acteurs sanitaires mais aussi les professionnels des secteurs médico-social et social. Elles ont ainsi participé à rendre concrète une approche globale de la santé centrée sur les besoins des personnes. Cette expérience de l'exercice en équipe constitue aujourd'hui un socle essentiel pour l'articulation entre MSP et CPTS.

Le saviez-vous ?



"Faire santé", le podcast signé AVECsanté, retrace la genèse du mouvement, de l'émergence de formes d'exercice en équipe pluriprofessionnelle en dehors de tout cadre juridique à leur institutionnalisation en MSP. A travers les témoignages des fondateurs du mouvement, des professionnels de santé, coordinateurs et médiateurs en santé impliqués dans la même volonté d'exercer autrement, mais aussi de représentants d'institutions publiques et d'éclairages sociologiques, ce podcast est l'occasion de plonger dans le récit de cette aventure collective. Retrouvez l'intégralité des sept épisodes en libre accès ici.

Les CPTS : organiser les réponses de santé en fonction des besoins populationnels

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et intégrées au champ conventionnel à partir de 2019, les CPTS ont pour objectif de « **transformer les logiques de prise en charge médicale des patients et des populations** » (rapport IGAS N°2018-041R). Dans un contexte de vieillissement démographique et de développement de prise en soins thérapeutiques innovantes permettant de réduire considérablement la durée des séjours hospitaliers, il apparaissait nécessaire de repenser les **relations de coopération entre l'hôpital, la ville et le secteur médico-social afin d'assurer une prise en soin efficiente et coordonnée des besoins de santé de la population** (HCSP, 2022).

Dans cette perspective, l'avènement des CPTS n'a pas pour objectif de créer une couche administrative supplémentaire mais de permettre la **construction de réponses coordonnées aux besoins de santé de la population.** Leur logique est avant tout **populationnelle et territoriale** : il s'agit moins de coordonner les pratiques au sein d'une structure que d'organiser collectivement l'offre de santé d'un territoire au bénéfice de l'ensemble de ses habitants. Le Code de la santé publique définit ainsi la CPTS comme un **regroupement de professionnels de santé, de structures de soins de premier et de second recours, ainsi que d'acteurs médico-sociaux et sociaux « afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé »** (article L.1434-12 du CSP). Les missions des CPTS, définies à l'article L.1434-12-2 du Code de la santé publique, s'articulent autour de plusieurs axes :

- L'amélioration de l'accès aux soins, notamment par l'organisation de réponses aux soins non programmés et l'accompagnement des patients dans leur accès à un médecin traitant
- L'organisation de parcours de santé coordonnés entre les différents professionnels et structures du territoire
- Le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé adaptées aux besoins de la population
- L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins
- L'accompagnement des professionnels de santé et le renforcement de l'attractivité des territoires
- La participation à la gestion et à la réponse aux crises sanitaires

Selon leur projet de santé et les besoins identifiés localement, les CPTS peuvent assurer tout ou partie de ces missions en lien avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Pour les CPTS, ces différents objectifs ne requièrent pas de fait la détention de données de santé individuelles.

Le saviez-vous ?

Exemple de mission en faveur de l'accès au médecin traitant sans détention de données de santé individuelles

La CPTS Entre-deux-Mers ne dispose pas de données de santé individuelles et n'en a aucunement besoin pour exercer ces missions (parcours d'hospitalisation, accès médecin traitant). Pour favoriser l'accès à un médecin traitant, la CPTS dispose de la liste des médecins traitants du territoire qui accueillent des nouveaux patients. Les personnes en demande contactent directement la CPTS qui prend leur coordonnées (nom, prénom, numéro de téléphone, besoin d'une visite à domicile ou en cabinet) et les supprime dès lors que l'usager a pu être orienté vers un médecin traitant.

« *Non on n'a pas accès aux données de santé. La CPTS n'est pas un effecteur de soins, c'est toute la différence avec les MSP. La CPTS est là pour créer du lien, pour faciliter la coordination et être en appui, en ressources et facilitateur afin de mener à bien des projets territoriaux. On a évidemment besoin de données mais de données de diagnostic, de santé du territoire qui vont nous permettre d'analyser et de savoir vers quoi on peut développer les choses. On n'a pas besoin par exemple de connaître le patient qui va rentrer en hospitalisation ou à la cellule gériatrique. Ce qui nous intéresse c'est de savoir si les médecins ont bien reçu l'information du process et s'il est facilement utilisable ou pas* » - Directrice Coordinatrice d'une CPTS

Ainsi, la CPTS a pour objectif principal de faciliter la coopération entre les acteurs du territoire afin d'améliorer les parcours de santé de la population. **À la différence d'une MSP, la CPTS n'a pas vocation à être une structure effectrice de soins, ni à salarier un professionnel de santé pour la réalisation d'actes de soins ou de prévention.**

▸ Cette distinction est essentielle pour comprendre la complémentarité entre MSP et CPTS : la première assure le suivi clinique à l'échelle d'une équipe de proximité, tandis que la seconde facilite les échanges entre les différentes organisations et contribue à l'élaboration d'un diagnostic territorial partagé. Ainsi, loin de s'opposer, les deux dispositifs sont complémentaires.

MSP et CPTS : deux échelles complémentaires

La relation entre une MSP et une CPTS s'inscrit dans une **logique de réciprocité et de respect de leur fonctionnement et autonomie propre**. Dans cette perspective, la définition et structuration de nouveaux projets territoriaux gagnent à être fondées sur une logique de complémentarité entre CPTS et MSP. Cette démarche favorise l'appropriation des projets par l'ensemble des parties prenantes, l'efficacité des effecteurs de soins auprès de leur patientèle et contribue à leur faisabilité dans la durée, grâce à **l'attribution de financements adéquats** pour les missions de chacun des acteurs prenant part à un projet commun. **La CPTS représente un levier facilitateur au service des projets portés par la MSP et la MSP constitue un terrain d'effection et d'innovations particulièrement opportun pour la CPTS.**

Dans ce cadre, les missions des MSP et des CPTS sont complémentaires et sont à penser selon le **principe de subsidiarité.**

> ***Tout ce qui est nécessaire à la bonne réalisation d'une action, en dehors de ce qui concerne le soin a proprement parlé, peut potentiellement être soutenu par la CPTS.***
>
> Coordinateur et directeur d'une CPTS

> ***Les équipes peuvent être une ressource pour la CPTS pour définir, mettre en œuvre des actions, mais in fine c'est la CPTS qui se met au service des équipes et pas le contraire.***
>
> Médecin généraliste exerçant en MSP et président de sa CPTS

Apports MSP / CPTS	Complémentarité des apports
MSP : Connaissance micro des besoins de santé à l'échelle d'une patientèle issue de l'expertise de ses professionnels de santé **CPTS :** Connaissance macro des besoins de santé à l'échelle populationnelle issue de l'expertise de ses adhérents (dont les MSP)	• Assurer une cohérence sur les thématiques communes aux projets de santé MSP et CPTS (ex : action de prévention) • Suppose une ré interrogation annuelle ou biannuelle des projets de territoire
Apports MSP / CPTS	**Complémentarité des apports**
MSP : Expérimentation de dispositifs / projets de santé innovants en fonction des besoins en santé identifiés localement **CPTS :** • Partage de ressources matérielles (buste d'autopalpation, dermatoscope, vélo-smoothie, escape game...) et/ou humaines (mise en relation avec d'autres professionnels de santé) • Aide à la communication, soutien logistique (aide au recrutement, recherche de locaux...)	• Une initiative locale développée par une MSP peut être diffusée à un territoire, adaptée et/ou répliquée via le réseau de professionnels de la CPTS et profiter à une population plus large. • Un projet développé par une MSP et amplifié par la CPTS peut permettre l'identification de nouveaux partenaires et la création de nouvelles opportunités de coopération. • La CPTS peut mettre en relation des professionnels de santé avec des MSP dans le cadre de besoins spécifiques (sage-femmes pour des dépistages du cancer du col de l'utérus par exemple) en formalisant un cadre conventionnel sécurisé pour les différentes parties. Cette démarche permet aux MSP d'élargir leur offre de services sans avoir à porter seules l'ensemble des démarches de recherche de partenaires et de contractualisation, tout en favorisant un meilleur accès aux soins de prévention pour la population du territoire.
Apports MSP / CPTS	**Complémentarité des apports**
MSP : Suivi clinique et orientation facilitée vers les professionnels / établissements adéquats **CPTS :** Mise en place de protocoles de parcours faisant le lien entre les différents acteurs du territoire	• Dans le cadre d'un protocole de sortie d'hospitalisation, la MSP peut contacter la CPTS en tant qu'interlocuteur macro et le DAC afin de faciliter la coordination entre acteurs gravitant autour de la prise en charge du patient durant et après son hospitalisation.

Le saviez-vous ?



La CPTS Artois Lys dans les Hauts-de-France a financé l'acquisition de dermatoscopes et d'électrocardiographes connectés au sein de toutes les MSP du territoire. L'objectif est d'utiliser les moyens de la CPTS pour soutenir la montée en compétences et la spécialisation des MSP au bénéfice de l'ensemble de la population du territoire. En contrepartie, les professionnels bénéficiaires s'engagent à suivre les formations nécessaires et à ouvrir cette offre à l'ensemble des habitants du territoire, et non uniquement à leur patientèle habituelle.

▸ Les CPTS n'ont pas vocation à remplacer les MSP. Elles s'appuient sur les compétences, l'expérience et les dynamiques déjà existantes au sein des MSP, les valorisent et les complètent en associant également les professionnels exerçant hors MSP ainsi que les autres partenaires du territoire.

POINT DE VIGILANCE

▸ Dans certains territoires, les CPTS se sont construites autour d'un collectif déjà coordonné de professionnels. Si cette configuration peut faciliter le démarrage de la démarche, elle invite à porter une attention particulière à la place accordée à l'ensemble des acteurs du territoire. En effet, il importe de veiller à une représentation équilibrée de toutes les forces en présence dans les instances de gouvernance ou de concertation. Les actions et résultats portés collectivement à l'échelle territoriale gagnent à reconnaître la contribution de l'ensemble des acteurs qui y participent, qu'il s'agisse des MSP, des professionnels exerçant de façon isolée ou encore des acteurs du parcours de santé, notamment hospitaliers. Cette approche favorise une dynamique de confiance et renforce la légitimité des projets territoriaux.

FICHE OUTIL

DIAGNOSTIC EXPRESS MSP-CPTS

Où en est notre coopération ?

À quoi sert cet outil ?

Ce diagnostic permet à une équipe de MSP de faire rapidement le point sur sa relation avec la CPTS de son territoire. Il ne vise pas à attribuer une « note » à la coopération, mais à repérer les sujets qui fonctionnent bien et ceux qui méritent d'être clarifiés ou travaillés ensemble.

Comment l'utiliser ?

Pour chacune des affirmations suivantes, cochez **Oui / En partie / Non**. L'idéal est de réaliser ce diagnostic collectivement, avec plusieurs membres de l'équipe et/ou le coordinateur de la MSP.

Dans notre MSP…	Oui	En partie	Non
1. **Nous savons qui contacter au sein de la CPTS** lorsque nous avons une question, un besoin ou un projet à partager.	☐	☐	☐
2. **La CPTS connaît notre MSP, notre projet de santé et nos principales priorités.**	☐	☐	☐
3. **Nous connaissons les priorités et les projets de la CPTS** susceptibles de concerner notre équipe et nos patients.	☐	☐	☐
4. **Le protocole SSE de la MSP a été écrit de manière articulée avec celui de la CPTS.**	☐	☐	☐
5. **Notre MSP peut faire entendre une voix collective** dans les réflexions et orientations territoriales qui la concernent notamment sur les sujets SSE, accès médecin traitant, prévention / promotion de la santé, SNP.	☐	☐	☐
6. **Des échanges réguliers existent entre les coordinations MSP et CPTS,** au-delà des seuls projets ponctuels.	☐	☐	☐
7. **Avant de lancer une action sur un sujet déjà investi par l'autre organisation, nous échangeons pour identifier ce qui existe et rechercher la complémentarité.**	☐	☐	☐
8. **Lorsque nous menons un projet commun, les rôles sont clairs : qui porte, qui réalise, qui coordonne et qui finance quoi.**	☐	☐	☐
9. **Nous savons identifier ce que la coopération MSP–CPTS apporte concrètement** aux patients, aux professionnels et/ou au territoire.	☐	☐	☐

Comment lire vos réponses ?

Il n'y a pas de bon score à atteindre. Les réponses « En partie » et « Non » sont surtout des **points de discussion à faire émerger.** Quelques « Non » ne signifient pas que la relation MSP–CPTS fonctionne mal : tous les territoires n'ont pas les mêmes besoins ni le même niveau de maturité. En revanche, plusieurs réponses « En partie » ou « Non » peuvent signaler qu'un temps de clarification serait utile, notamment sur :

- **La circulation de l'information**
- **La place collective de la MSP**
- **Le dialogue entre coordinations**
- **L'articulation des projets**
- **La répartition des rôles et des financements**

Et maintenant ?

Choisissez 1 ou 2 sujets à travailler en priorité, plutôt que de chercher à tout résoudre en même temps. Ils peuvent être mis à l'ordre du jour d'un prochain échange entre MSP et CPTS. Pour un projet précis, la fiche outil **« Qui fait quoi ? »** peut ensuite aider à clarifier l'échelle pertinente, les responsabilités et la valeur ajoutée de chacun.

Besoin d'un regard extérieur ? La fédération régionale du mouvement AVECsanté peut accompagner la MSP pour analyser la situation, clarifier ses besoins et préparer le dialogue avec la CPTS.

Le saviez-vous ?

3 exemples de CPTS issues d'un consortium pluriprofessionnel

La **CPTS ReGards** est née suite à l'ouverture de la première MSP sur le territoire gardois, la MSP Le Prisme. Le co-fondateur de la MSP, un médecin généraliste, a également entrepris le lancement de groupes de travail pour réunir les professionnels du secteur menant jusqu'à la fondation de la CPTS en 2020. L'articulation entre la CPTS et les MSP de son territoire se fait sur plusieurs thématiques : accès au cardiologue, détection des patients insuffisants cardiaques (IC), vaccination. Pour chaque exemple, les missions de la CPTS et des MSP sont claires : la CPTS facilite les relations entre les acteurs (cardiologues, médecins généralistes, hôpital...) via la mise en place d'un réseau de télé-expertise entre acteurs du premier et du second recours et l'organisation de réunions d'information (vaccinations recommandées par ex). La MSP s'occupe du volet clinique en mettant en place des consultations avancées de cardiologues ou en réalisant par exemple la détection et la vaccination de patients IC.

La **CPTS Défi Santé Roannais - Brionnais** est issue d'une association de médecins généralistes roannais (MGR) créée en 2011. L'association a été fondée par des médecins généralistes, dont plusieurs exercent en MSP. Elle s'est transformée en CPTS en 2019 (une des plus vieilles CPTS de France). Fort de cet ancrage, les collaborations entre les MSP du territoire et la CPTS sont nombreuses. La CPTS partage les offres d'emplois et les différents réseaux sociaux des MSP en manque de professionnels, comme l'indique sa coordinatrice : « *On essaie d'être un peu leur porte-parole sur le territoire auprès des autres professionnels de santé* ». La CPTS a également mis en place avec les MSP de son territoire des référents crise sanitaire depuis la pandémie de la Covid-19. Ces référents sont le plus souvent les coordinateurs des MSP du territoire. Ce dispositif permet la mise à jour annuelle des protocoles dans un COPIL associant ces référents et la CPTS.

La **CPTS Reims Métropole** s'est construite sous l'impulsion de trois MSP du territoire en 2024 avec une volonté d'ouverture à l'ensemble des professionnels de santé et partenaires du territoire. La création de la CPTS étant récente, les projets en articulation entre MSP et CPTS sont en cours d'élaboration et sont essentiellement basés sur le partage d'expérience. La MSP constitue « un mini laboratoire » servant de terrain d'expérimentation pour la CPTS. Elle teste les actions, évalue leur faisabilité en identifiant les freins et leviers et dans l'objectif d'un éventuel changement d'échelle de l'action via la CPTS. A titre d'exemple, une expérimentation de lieu sans tabac va être faite dans une MSP avec possibilité de prescription de substitut nicotinique hors médecin généraliste. Le retour d'expérience de cette action servira à la CPTS pour la transposer, ou pas, à une structure plus grande.

« À retenir »

- Les MSP et les CPTS poursuivent un objectif commun : améliorer la réponse apportée aux besoins de santé de la population.
- Les MSP sont des équipes effectrices de soins organisées autour d'un projet de santé et intervenant à l'échelle d'une patientèle.
- Les CPTS sont des organisations territoriales visant à faciliter la coordination des acteurs et interviennent à l'échelle de la population d'un territoire.
- Une CPTS ne remplace pas une MSP et inversement.
- Les CPTS gagnent à s'appuyer sur l'expérience des MSP et leur connaissance fine des besoins de santé à une échelle micro.
- Les CPTS peuvent constituer un soutien logistique favorable au développement des actions des MSP.
- Les MSP sont des incubateurs d'innovations qui peuvent être développées avec l'aide de la CPTS à l'échelle territoriale.

Le point de vue de

Gérard Raymond
Président de France Assos Santé

Quel est votre point de vue sur l'articulation entre MSP et CPTS ?

Les MSP et les CPTS ont des rôles différents mais vraiment complémentaires. Les CPTS sont là pour organiser la réponse aux besoins de santé à l'échelle d'un territoire, alors que les MSP sont des équipes de proximité qui suivent les patients au quotidien. L'enjeu, c'est que chacun ait un rôle bien identifié et que l'articulation entre les deux soit claire. Pour que l'articulation soit pertinente, il est nécessaire que les usagers puissent participer, via leurs représentants, à l'élaboration des projets de santé des MSP comme des CPTS. L'objectif, c'est d'aller vers une vision plus collective du système de santé, avec une gouvernance qui associe les professionnels mais aussi les usagers. Les MSP devraient d'ailleurs être pleinement intégrées dans la gouvernance des CPTS. On pourrait même imaginer que cette participation des usagers devienne un indicateur de la qualité de la coordination. Par contre, cette articulation ne doit pas être à sens unique. À terme, il me semblerait logique que toutes les MSP adhèrent à une CPTS afin de garantir une meilleure continuité des parcours de santé.

Les rôles respectifs des MSP et des CPTS sont-ils aujourd'hui compréhensibles pour les usagers ?

Non, c'est comme si on parlait grec. Il existe un énorme décalage : la plupart des usagers ne connaissent pas la différence entre une MSP, une CPTS ou ne comprennent pas le fonctionnement du système de santé. Quand une personne cherche un médecin ou un professionnel de santé, elle veut surtout être prise en soin. C'est pour cela qu'associer les usagers dans cette organisation est essentielle. Aujourd'hui, environ 50% des CPTS intègrent des représentants d'usagers dans leur gouvernance, mais il faut aller plus loin en intégrant systématiquement leur participation dans les projets de santé des MSP et des CPTS. Les associations agréées du système de santé ont un rôle important à jouer parce qu'elles servent de relais entre les institutions, les professionnels et la population. Il faut travailler sur cette lisibilité en adoptant une vision politique claire et ambitieuse en faveur de la coordination. Cela passe par des outils performants, des indicateurs d'évaluation solides et surtout par une relation de confiance entre les acteurs de terrain. Mais cela suppose aussi que les rôles de chacun soient clairement définis et compris.

Quels bénéfices les usagers peuvent-ils retirer d'une bonne coordination entre MSP et CPTS ?

Le premier bénéfice, c'est une prise en soin plus rapide et plus fluide. Quand les professionnels travaillent ensemble et sont bien coordonnés, l'usager n'a pas besoin de comprendre tous les rouages du système pour être orienté vers le bon interlocuteur au bon moment. Son parcours devient plus simple et plus efficace. Il y a aussi un enjeu majeur autour des données de santé. Une meilleure coordination pourrait permettre de mieux structurer les données à l'échelle territoriale et d'améliorer leur utilisation au service des parcours de soins. Les CPTS pourraient, sous certaines conditions, contribuer à cette structuration en devenant, à mon sens, des entrepôts de données de santé territoriaux. Mais pour que cela fonctionne, il faut avant tout de la confiance entre les acteurs, ainsi qu'une gouvernance partagée associant étroitement les CPTS, les MSP et les représentants des usagers. Ce sont les conditions qui permettront de sortir des axes communs de notre système de santé.

Quels risques identifiez-vous lorsqu'il existe un manque de coordination ou de clarté entre MSP et CPTS ?

Le principal risque, c'est que les usagers en subissent directement les conséquences. Les CPTS ont été créées pour répondre à certaines limites de notre système de santé, mais leur développement est encore très variable selon les territoires. Selon l'endroit où l'on vit, l'expérience peut être très différente. Lorsqu'il y a un manque de coordination, cela se traduit souvent par des délais d'attente plus longs, des parcours moins fluides et une perte d'efficacité globale. Cela revient à perpétuer un mode d'organisation du système de santé archaïque et plus soutenable. C'est pourquoi il est important d'évaluer plus précisément les actions des CPTS et leur articulation avec les MSP. Cette évaluation doit s'appuyer sur des indicateurs nationaux mais aussi sur des critères construits avec les représentants des usagers. Si l'on veut développer réellement le travail coordonné, il faut valoriser les équipes qui s'y engagent en faisant évoluer les modes de rémunération afin de mieux reconnaître le temps consacré à la coordination, au travail en réseau et à la montée en compétences des professionnels. Certains ont une réticence à transformer leur métier, c'est une erreur selon moi. Il est nécessaire de changer de voie, pour un modèle collectif, intégratif et coordonné de prise en soin des besoins de santé de la population.

Les conditions d'une articulation réussie entre MSP et CPTS

Les **MSP et les CPTS poursuivent des objectifs complémentaires au service de la santé de la population.** Pour autant, **leur articulation ne va pas toujours de soi.** Elle suppose une compréhension partagée des rôles de chacun, des espaces de dialogue réguliers et une volonté commune de construire des projets adaptés aux réalités du territoire. L'expérience des équipes montre que certaines conditions favorisent particulièrement la réussite de cette coopération.

Construire une gouvernance qui associe les MSP

Les CPTS, en tant qu'association, disposent de statuts libres, leur laissant une liberté d'organisation de leur gouvernance. Cette souplesse permet d'adapter les statuts à l'histoire de la construction de la CPTS et au contexte territorial.

Trois possibilités de fonctionnement peuvent être décrites :

1) Les statuts de la CPTS ne prévoient pas de collèges : tous les professionnels souhaitant participer à la gouvernance de la CPTS siègent en leur nom propre et possèdent une voix.

2) Les statuts de la CPTS prévoient des collèges par secteur et pas de collège de l'exercice coordonné (sanitaire, soins de ville, médico-social, social, patients partenaires / usagers de la santé) : les professionnels sont classés en fonction de leur secteur d'activité mais siègent en leur nom.

3) Les statuts de la CPTS prévoient des collèges de l'exercice coordonné et les MSP peuvent y adhérer en tant que personnes morales : une réflexion sur les modalités de vote et de pondération doit être envisagée afin que la contribution d'une structure représentant un collectif de professionnels puisse avoir un poids adapté au nombre de professionnels qu'elle représente.

▸ Les modalités d'association des MSP peuvent varier selon les territoires. Certaines CPTS prévoient une représentation spécifique des structures d'exercice coordonné dans leurs instances de gouvernance. D'autres privilégient la participation au travers de groupes de travail, de commissions thématiques ou d'espaces de concertation dédiés. Au-delà de la forme retenue, il est essentiel de garantir une association effective des MSP et autres partenaires territoriaux aux réflexions et aux décisions qui structurent le projet territorial de santé de la CPTS de telle sorte à ce qu'elle ne soit pas une simple juxtaposition d'acteurs.

La qualité de l'articulation entre une CPTS et ses partenaires territoriaux repose en partie sur les modalités de gouvernance mises en place. Au-delà des coopérations opérationnelles, l'enjeu est de permettre aux structures d'exercice coordonné de contribuer aux orientations territoriales et à la définition des priorités collectives. **Pour AVECsanté, il parait nécessaire que les MSP puissent intégrer la gouvernance des CPTS en tant que personnes morales afin de concrétiser cet engagement.** Cette approche présente l'intérêt de reconnaître la contribution collective de tructures pluriprofessionnelles déjà organisées autour d'un projet de santé et de leur permettre de faire entendre leurs besoins.



Le saviez-vous ?

Les statuts de la CPTS de la Bièvre prévoient qu'une MSP puisse adhérer à sa gouvernance en tant que personne morale. En outre, les droits de vote qui lui sont attribués ne sont pas limités à une seule voix : ils sont pondérés en fonction du nombre de professionnels de santé qu'elle représente. Ainsi, la répartition des voix repose sur le nombre de professionnels représentés au sein de l'entité morale, et non sur le principe selon lequel chaque personne morale disposerait d'une voix unique.

Favoriser la complémentarité des coordinations

Le développement du travail en équipe a conduit à l'émergence de différentes **fonctions de coordination devenues essentielles au bon fonctionnement des organisations de santé.** Comme le souligne la Haute Autorité de Santé, **la coordination constitue un facteur clé de structuration et de pérennisation des équipes de soins primaires** (référentiel « Matrice de maturité en soins primaires », HAS). Si les MSP et les CPTS mobilisent toutes deux des fonctions de coordination, celles-ci s'opèrent à des échelles différentes.

Au sein des **MSP, la coordination est directement tournée vers le fonctionnement de l'équipe et l'amélioration de la prise en soin des usagers.** A ce titre, les coordinateurs sont embauchés par les libéraux eux-mêmes via la SISA, travaillant auprès d'eux à produire « une action collective dans le cadre d'un projet de santé, en animant une équipe de pluriprofessionnelle, en travaillant à rationaliser les pratiques et à diffuser des outils partagés » (Guide de la coordination en équipes de soins primaires, AVECsanté). **La fonction de coordination contribue à structurer l'exercice pluriprofessionnel et à orienter les parcours de santé vers plus d'horizontalité et de continuité.** En permettant de mieux répartir certaines tâches organisationnelles et administratives, elle favorise la disponibilité des professionnels de santé pour leurs missions de soins et leur permet d'allouer du temps à réfléchir à de nouvelles stratégies de prise en soin des patients. La fonction de coordination de MSP travaille également sur les collaborations extérieures pour atteindre les objectifs du projet de santé. A l'échelle de la **CPTS, la coordination vise principalement à pérenniser le projet de la CPTS en impulsant une dynamique durable de partenariat entre les acteurs de santé du territoire.**

Dans de nombreux territoires, **la qualité des relations entre coordinateurs MSP et coordinateurs CPTS constitue un facteur déterminant de réussite des projets communs.** Plusieurs leviers peuvent favoriser l'articulation des coordinations :

- La mise en place de temps de travail communs, de groupes de coordination
- Le partage d'informations sur les projets en cours et les besoins identifiés
- La cohérence des actions de prévention par le respect et la complémentarité des différents champs d'action entre effecteur et facilitateur territorial
- Le développement d'outils et de ressources partagés lorsqu'un parcours coordonné a été mis en place entre CPTS et MSP

L'articulation entre les coordinateurs de MSP et de la CPTS permet de construire une réponse commune aux soins non programmés dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins et avec les partenaires du territoire (Service d'Accès aux Soins (SAS), Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA), centres de soins non programmés, centres médicaux de soins immédiats, établissements de santé, service d'urgence). Les coordinateurs des MSP et de la CPTS jouent alors un rôle essentiel pour permettre de mieux orienter les patients vers le bon niveau de prise en soin, d'améliorer la visibilité des ressources disponibles sur le territoire, de faciliter le partage d'informations entre professionnels ou encore de limiter certains recours évitables aux services d'urgence. Elle favorise également une meilleure répartition de l'effort entre les acteurs du territoire, chacun intervenant dans son champ de compétence tout en contribuant à une réponse collective cohérente.

POINT DE VIGILANCE

▸ L'action de la CPTS n'a pas vocation à se substituer à l'accompagnement effectué quotidiennement par les fédérations régionales du mouvement AVECsanté. De même, la coordination portée par les MSP ne peut à elle seule répondre aux enjeux d'organisation territoriale. La complémentarité des fonctions constitue une richesse lorsqu'elle est clairement identifiée et reconnue par chacun. Selon les mots d'un directeur-coordinateur de CPTS, l'objectif pour la CPTS n'est pas de « *répondre à un professionnel* » mais « *de garder cette logique de responsabilité populationnelle en appui des acteurs du territoire* », là où les fédérations régionales du mouvement AVECsanté ont pour mission d'accompagner les professionnels de santé dans l'ensemble de leur démarche d'installation pluriprofessionnelle coordonnée et de développement de leur pratique en équipe tout au long de la vie du projet.

FICHE OUTIL

« QUI FAIT QUOI ? »

Choisir la bonne échelle et clarifier les rôles entre MSP et CPTS

À quoi sert cet outil ?

Lorsqu'un projet concerne à la fois une MSP et une CPTS, la question n'est pas seulement de savoir qui peut faire quoi, mais **à quelle échelle il est le plus pertinent d'agir et quelle valeur ajoutée chacun peut apporter.**

Cette grille aide à poser les rôles **avant le lancement d'une action,** ou à les clarifier lorsqu'un projet existe déjà et que des chevauchements apparaissent.

Comment l'utiliser ?

Réunir si possible les personnes concernées côté MSP et CPTS (et les autres organisations territoriales concernées) et partir **du besoin à résoudre, et non des dispositifs ou financements disponibles.** Pour chaque question, noter une réponse commune. Les désaccords ou réponses imprécises sont justement les points à travailler avant d'aller plus loin.

Questions à se poser	Notre réponse
1. Quel besoin cherche-t-on à résoudre ?	Quel problème pour les patients, les professionnels ou la population ?
2. Qu'est-ce qui existe déjà ?	Quelles actions, compétences ou organisations sont déjà mobilisées sur ce sujet ?
3. Quelle est la bonne échelle pour agir ?	Patientèle/équipe MSP ? Plusieurs équipes ? Ensemble du territoire ?
4. Où se trouve l'expertise ?	Qui connaît le sujet, les patients, les partenaires ou dispose déjà d'une expérience ?
5. Qui réalise concrètement l'action ?	Quels professionnels ou quelles équipes assurent sa mise en œuvre ?
6. Qui coordonne et met en réseau ?	Qui organise les interfaces, mobilise les partenaires, communique ou facilite le déploiement ?
7. Que gagne-t-on à changer d'échelle ?	La territorialisation améliore-t-elle réellement la réponse ? Comment ?
8. Qui finance quoi ?	ACI MSP, ACI CPTS, ARS, autre financement : les responsabilités sont-elles claires ?
9. Où sont les risques de doublon ?	Actions, coordination, financement, communication, sollicitation des professionnels…
10. Comment saurons-nous que ça fonctionne ?	Qu'attend-on concrètement pour les patients, les professionnels et le territoire ?

Le réflexe à retenir : avant de créer une nouvelle action à l'échelle territoriale, regarder ce qui existe déjà et se demander ce que le changement d'échelle apporte réellement.

FICHE OUTIL

« QUI FAIT QUOI ? »

Choisir la bonne échelle et clarifier les rôles entre MSP et CPTS

Exemple - Douleur chronique : MSP de Plouay / CPTS Pontivy-Lorient

Le cas recueilli dans le guide illustre bien cette logique : le programme existe d'abord dans la MSP de Plouay, puis son déploiement territorial est organisé avec la CPTS à partir de janvier 2026.

Questions à se poser	Notre réponse
Besoin	Améliorer la prise en soin des patients douloureux chroniques et leur accès au Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD).
Ce qui existe déjà	Une expérience et un programme d'ETP développés depuis plusieurs années au sein de la MSP de Plouay.
Échelle pertinente	La prise en soin clinique reste au niveau des équipes ; la diffusion du dispositif et les partenariats nécessitent une échelle territoriale.
Expertise	La MSP dispose de l'expérience clinique et de l'expertise acquise sur le programme.
Qui réalise ?	La MSP assure notamment les consultations avancées, le suivi clinique, l'ETP et la concertation autour des patients.
Qui coordonne / met en réseau ?	La CPTS met en lien les MSP avec le CETD, développe l'interconnaissance et diffuse le programme et les pratiques sur le territoire.
Valeur ajoutée du changement d'échelle	Permettre à d'autres MSP et communes de bénéficier d'un dispositif initialement développé localement.
Financement	Les missions sont distinguées : la MSP finance notamment les consultations avancées, l'ETP existante et la concertation clinique ; la CPTS finance le transfert vers d'autres communes et l'animation territoriale.
Point de vigilance	Préserver la distinction des rôles et prévoir les modalités de déploiement dans les communes ne disposant pas de MSP.

Ce que cet exemple nous apprend :

La territorialisation ne signifie pas l'abandon du projet de la MSP au profit de la CPTS. Ici, la MSP conserve son expertise et son rôle clinique, la CPTS apporte la mise en réseau et permet la diffusion du dispositif à une autre échelle. Un exemple similaire est à retrouver dans la fiche synthèse de la CPTS Est Orléanais / MSP des Loges.

C'est ce principe que la grille « Qui fait quoi ? » permet de tester pour chaque nouveau projet.

Faire vivre le dialogue entre projet de santé MSP et projet de santé CPTS notamment en matière d'actions de prévention

La prévention constitue un champ d'intervention partagé entre les MSP et les CPTS, qui disposent toutes deux d'indicateurs sur les actions de prévention dans leur ACI. Cette convergence peut être source de confusion si les rôles ne sont pas clairement définis au niveau local.

Les MSP développent depuis de nombreuses années des actions de prévention intégrées à leur projet de santé. **Celles-ci sont directement liées à leur activité de soins** et s'appuient sur la connaissance des usagers suivis par l'équipe. Dans le cadre de l'instauration du dispositif France Santé de l'avenant 2 de l'ACI MSP (juin 2026), ces actions peuvent être par exemple **la réalisation de bilans de prévention, de bilan partagé de médication, de dépistages, de vaccinations, d'actions d'éducation thérapeutique** ou encore de disposer au sein de sa structure d'un accès à un psychologue conventionné « Mon soutien psy ».

Les CPTS contribuent à la coordination les acteurs du territoire afin de favoriser le déploiement d'actions de prévention répondant aux besoins de la population. Elles ont pour objectif de définir « *des actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé les plus pertinentes à développer au regard des besoins du territoire* » (ACI CPTS avenant 2). Elles peuvent **organiser des campagnes de prévention coordonnées, mettre en relation différents partenaires** (professionnels de santé, collectivités, associations, établissements de santé, Assurance Maladie, etc.) et favoriser une couverture vaccinale homogène du territoire.

Bien que les missions des CPTS et des MSP en matière de prévention soit distinctes, dans les faits, les actions de prévention réalisées par les MSP et CPTS connaissent **un risque de chevauchement qu'il est nécessaire d'anticiper.** En effet, sans concertation, plusieurs situations peuvent apparaitre :

- Des actions similaires organisées sur un même territoire entrainant une concurrence involontaire sur les calendriers, les financements ou les publics cibles
- Une sollicitation répétée des mêmes professionnels ou des mêmes partenaires
- Une moindre lisibilité pour les usagers, qui peinent à identifier les initiatives existantes

Ces situations ne traduisent pas une concurrence entre MSP et CPTS, mais soulignent la nécessité d'une coordination en amont :

- **La CPTS facilite les actions de prévention réalisées par les effecteurs** (communication, recherche de locaux…) **mais n'a pas vocation à rémunérer des professionnels de santé pour faire des actions de prévention** (vaccination, bilan de prévention, dépistage, éducation thérapeutique du patient, ateliers de prévention…)
- Une **communication régulière sur les projets d'actions de prévention entre MSP et CPTS est nécessaire :** intégrer les MSP en tant que personne morale à la gouvernance des CPTS implique une meilleure visibilité, anticipation et coordination sur les actions de prévention prévues

De cette manière, une complémentarité des actions peut être assurée et **CPTS et MSP peuvent chacune percevoir une rémunération de la part de leur CPAM dans le cadre de leur ACI respectif.** De plus, une action de prévention portée avec succès par une MSP peut être relayée par la CPTS afin d'en favoriser le déploiement à l'échelle territoriale. À l'inverse, la CPTS peut mettre en évidence des besoins en termes de prévention et favoriser des actions menées par les effecteurs (mise à disposition de matériel de prévention etc.).

Quand ça coince ?

Un désaccord entre MSP et CPTS ne traduit pas nécessairement un conflit de fond. Il peut révéler un **manque de clarté sur les rôles, l'échelle d'intervention ou les modalités de coopération.** Avant de chercher une solution, quelques questions peuvent aider à remettre le besoin au centre :

1) Sommes-nous d'accord sur le besoin auquel nous cherchons à répondre ?

2) Une action ou une organisation existe-t-elle déjà sur ce sujet, et qui la porte aujourd'hui ?

3) Le désaccord porte-t-il sur l'objectif, ou plutôt sur les rôles : qui réalise, qui coordonne, qui décide ?

4) Les financements, les moyens mobilisés et les responsabilités de chacun sont-ils clairement identifiés ?

5) Quelle solution apporte le plus de valeur aux patients, aux professionnels et au territoire, sans créer de doublon ?

Le dialogue ne suffit pas à débloquer la situation ?

La fédération régionale du mouvement AVECsanté peut accompagner les équipes de MSP pour analyser la situation, clarifier leur positionnement et faciliter la recherche d'une articulation adaptée avec la CPTS.

POINT DE VIGILANCE

- Les MSP assurent une double mission de soins et de prévention, indissociable par nature. Opposer ou séparer ces deux volets n'a pas de sens si nous voulons répondre efficacement et qualitativement aux besoins de santé des usagers. Cette séparation artificielle fragilise la lisibilité de l'organisation des missions de prévention et de promotion de la santé. Les confusions qui existent entre les rôles respectifs des MSP et des CPTS en matière de prévention s'expliquent en grande partie par un financement des MSP inadapté aux besoins réels des usagers. Il est donc nécessaire de renforcer les moyens dédiés aux actions de prévention au sein des MSP. Les financements accordés aux CPTS ne doivent pas servir à combler ce manque, mais bien à soutenir des missions complémentaires relevant de leur propre périmètre d'action.

Le saviez-vous ?

La CPTS du Grand Lons a co-financé avec son CLS un groupe de travail comprenant des professionnels de santé de MSP et des élus pour réfléchir collectivement à l'organisation d'une journée de dépistage du cancer du sein et plus globalement une journée dédiée à la santé des femmes, en promouvant l'aller vers et en développant la littératie en santé des participantes.
Dans cet exemple, les missions sont claires :

- CPTS : Organisation et financement de temps de travail
- MSP : Réalisation des dépistages

Le rôle du CLS a été de mobiliser les élus et d'autres professionnels autour de l'organisation de cette journée avec notamment le financement d'une séance sport-santé et l'intervention d'un enseignant en APA. La CPTS est particulièrement attentive à ne pas faire concurrence à l'ensemble des autres acteurs du territoire portant les mêmes sujets de prévention.

« À retenir »

- Une articulation réussie repose sur une logique de réciprocité : la CPTS apporte des ressources et une représentation au niveau territorial des projets de MSP et les MSP apportent leur expertise de terrain à la CPTS.
- Les projets de santé portés par la MSP et la CPTS gagnent en lisibilité pour les usagers lorsqu'ils sont construits en cohérence.
- Le dialogue et le travail commun entre coordinateurs de MSP et de CPTS constitue un levier majeur d'efficience dans l'articulation des parcours de santé des patients.
- Une clarification régulière des rôles de chacun notamment concernant le portage et la réalisation des actions de prévention est nécessaire pour prévenir les risques de chevauchement et contribuer à une attribution efficace des subventions.

Le point de vue de

Jean-François Moreul
président de la Fédération des CPTS (FCPTS)

Comment les professionnels de santé peuvent-ils identifier clairement les rôles et missions des MSP et des CPTS, notamment en matière d'actions de prévention ?

Tous les professionnels de santé devraient bénéficier dans leur formation initiale d'une acculturation à la santé publique en soins de premier recours (stage dans les MSP et les CPTS...). Pour les professionnels déjà installés, il faut rencontrer les salariés de leur MSP et de leur CPTS, échanger avec leur coordinateur respectif et rencontrer les élus. La CPTS se situe au niveau populationnel et sur des enjeux de santé publique, la MSP est au niveau de sa patientèle et a des enjeux cliniques bien que CPTS et MSP partagent des missions sur la promotion de la santé et la prévention (vidéo d'AVECsanté #NeConfondonsPasTout). Concernant les actions de prévention, ce sont principalement les libéraux qui assurent les missions de prévention même si on n'est pas les plus pertinents. Pour identifier les besoins en prévention, il faudrait un « quadrupède de la prévention » composé du premier recours (MSP, centres de santé, CPTS), les élus (CLS), les usagers et les établissements de santé et que ces acteurs connaissent les actions en cours. MSP et CPTS sont amenées à travailler ensemble pour conduire des actions de prévention, la CPTS en soutien sur la communication et la logistique et les MSP pour mobiliser les usagers de la santé du territoire. Donc il n'y a pas forcément un distinguo très précis pour moi, la séparation se fait localement en fonction des situations et des équipes.

Dans les territoires où la relation MSP-CPTS fonctionne bien, quels sont les facteurs clés de succès selon vous ? Quels conseils donneriez-vous aux MSP ?

Les partenaires doivent être associés dès le lancement des projets, ce qui représente un gros travail de communication pour les CPTS. Il est intéressant pour une MSP d'adhérer à la CPTS en tant que personne morale, lorsque ses statuts le permettent, afin que sa dynamique collective soit représentée. Lorsque ce n'est pas le cas, la crainte souvent exposée est de mettre de côté les professionnels n'exerçant pas en MSP. L'enjeu est de définir des statuts équilibrés entre les MSP et les professionnels libéraux hors structure. De leur côté, les MSP ont intérêt à répondre aux invitations de leur CPTS afin de faire entendre leur avis sur les projets développés et échanger avec les autres acteurs locaux. Par exemple, dans ma CPTS on a écrit le dialogue de gestion et on l'a envoyé à tous nos administrateurs, à tous les établissements de santé et à toutes les MSP afin de pouvoir discuter des projets envisagés et de potentielles collaborations.

Comment les CPTS peuvent-elles être promotrices de MSP ?

Les CPTS peuvent créer les conditions favorables à l'association de professionnels en faisant du lien. Un incubateur solidaire de santé développé par une CPTS rhodanienne a permis de réintroduire une offre de soins de proximité et à même abouti à la constitution d'une MSP. Il nous est demandé assez régulièrement par la CNAM et l'ARS de créer les conditions favorables à l'exercice coordonné. Et inversement, les MSP sont aussi dans de nombreux cas à la base des CPTS. L'accompagnement à la création de CPTS a souvent été l'apanage des URPS, dans ma région elle est née des MSP du territoire. Les liens sont forts entre les MSP et les CPTS quoiqu'il en soit, parfois même à la genèse de l'une ou de l'autre.

Quels sont les éléments qui pourraient être améliorés ou qui sont manquants dans l'articulation MSP-CPTS ?

Ce qui nous empêche assez régulièrement c'est le financeur qui ne veut pas financer deux fois la même chose à cause d'une interprétation trop rigide. Par exemple, pour une action de prévention menée par une MSP qui ferait appel à sa CPTS pour assurer la communication de l'action, l'ARS ou la CPAM va considérer que l'action étant déjà financée côté MSP, la CPTS ne recevra pas de financement pour la communication qu'elle assure sur le projet. Dans ce type de cas, le financeur nous met en silo et place les MSP et les CPTS en situation de concurrence. Peut-être qu'on pourrait créer des dossiers types qui expliquent concrètement comment MSP et CPTS peuvent travailler ensemble sur une même action de prévention. Et c'est la même chose pour la logique des appels à projet qui met en concurrence les structures d'un même territoire qui sont ensuite censées travailler ensemble pour des projets qui ne sont pas pérennisés.

Exemples régionaux

Exemples concernant la coordination de parcours de santé et actions de prévention



FICHE SYNTHÈSE

CPTS de Balagne / MSP de L'Île Rousse

Thématique du projet	Dispositif ICOPE – Prévention des risques de perte d'autonomie
Portage	ARS, CPTS Balagne, MSP du territoire
Partenaires associés	FCCIS, hôpital de Calvi, Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R), Centres de Ressources Territoriaux (CRT), Dispositif d'Appui à la coordination (DAC), les acteurs médico-sociaux et autres partenaires (Mutualité Française, ASEPT Corse...)
Population cible	Personnes âgées autonomes de plus de 60 ans
Dates du projet	Déploiement du projet sur 4 territoires de 2022 à 2024 puis subventions de l'ARS (FIR) pour un déploiement à l'ensemble du territoire Corse (sauf Centre Corse) depuis 2025
Enjeux territoriaux	• Améliorer le repérage précoce de la perte d'autonomie • Faciliter l'accès au second recours
Objectifs	• Prévenir la survenue de la perte d'autonomie • Structuration de parcours coordonnés entre les différents acteurs du premier et du second recours dans le champ de l'autonomie des séniors
Points forts	• Réunions régulières permettant une forte interconnaissance entre professionnels du territoire • Réseau partenarial particulièrement dense • Résultats importants en matière de dépistage et de prévention
Limites	• Vigilance à avoir pour que CPTS et MSP restent bien dans leurs rôles et missions • Turn-over des coordinateurs nécessitant un important travail de pédagogie pour maintenir dans le temps les dynamiques partenariales • Inclure les MSP ne se sentant pas incluses dans les actions de la CPTS

ACTIONS DE LA CPTS

- Information des professionnels et orientation vers l'équipe ressource régionale (FCCIS) pour se former
- Communication autour du dispositif et des actions de prévention organisées
- Aide à l'organisation des journées de dépistage en mettant en lien des acteurs du territoire (MSP, collectivités locales, Mutualité Française etc.) et en apportant une aide logistique
- Sollicitation de professionnels pour assurer des ateliers prévention financés grâce à des appels à projet (atelier bien vieillir, atelier diététique, atelier mémoire)
- Cartographie l'offre de prévention sur le territoire (partagé avec le CRT)
- Coordination des acteurs impliqués dans ICOPE pour faire remonter à la FCCIS des bilans territoriaux (adéquation et réajustement si besoin de l'offre de prévention en fonction des alertes reçus)
- Suivi des séniors dépistés hors patientèle MSP/ESP pour s'assurer qu'ils soient intégrés au parcours, idem pour les patients qui effectuent un auto-dépistage
- Orientation des personnes dépistées vers des professionnels adaptés (centres de mémoire, gériatres, neuropsychologues...)
- Achat de matériel nécessaire au programme ICOPE (otoscopes, outils de mesures) et mis à la disposition de tous les partenaires du territoire

NB : La CPTS ne dispose pas de données de santé nominatives et ne fait pas de l'effection de soins lors des ateliers prévention.

ACTIONS DE LA MSP

- Organisation du parcours ICOPE pour la patientèle de l'équipe
- Repérage et incitation des séniors à intégrer le parcours
- Réalisation de l'ensemble de la prise en soin (step 1, validation alerte, step 2, plan prévention, suivi, réitération)
- Réalisation des ateliers de prévention

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Pilotage de l'organisation régionale du dispositif ICOPE par l'équipe ressource régionale, portée par la FCCIS
- Coordination territoriale des acteurs par l'équipe ressource régionale lorsqu'un territoire n'est pas pourvu d'une CPTS
- Articulation CPTS-CRT sur les actions de prévention à mener
- Mise en lien des acteurs du territoire par la CPTS autour de l'organisation de journées de dépistage ou d'ateliers préventions réalisés par des MSP

CONTEXTE TERRITORIAL

MSP de l'Île Rousse

Création de la structure en 2014, labélisée MSP en 2018. MSP composée de 3 médecins généralistes, une IPA, 3 kinés, infirmières, sage-femmes, orthophonistes, psychologues

CPTS de Balagne

Initiative : Création d'une CPTS portée par des professionnels déjà engagés dans l'exercice pluriprofessionnel au sein de MSP. Première CPTS de Corse. Les MSP de L'Île-Rousse et de Calenzana constituent les principaux membres fondateurs et ont servi de socle à la structuration de la CPTS. La CPTS a été labélisée en 2021.
Données territoriales : CPTS de taille 1 - 36 communes - environ 23 500 habitants - environ 110 adhérents en 2025 - 3 MSP sur le territoire de la CPTS
Problématiques territoriales : Accès aux soins, précarité, santé mentale, handicap, troubles du neurodéveloppement, santé de l'enfant, surpoids et obésité, violences intrafamiliales sexuelles et sexistes
Gouvernance : 5 collèges (structures d'exercice coordonné (MSP/ESP), professionnels de santé libéraux, établissements de santé, structures médico-sociales (EHPAD, SSIAD, etc.), représentants des usagers). Caractéristiques : - Présidence obligatoirement issue d'une MSP, - Voix prépondérante accordée aux MSP dans la gouvernance, - Les MSP adhèrent à la CPTS en tant que personnes morales

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

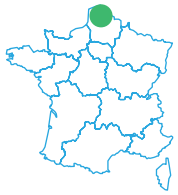
- Les MSP constituent le socle fondateur de la CPTS
- Forte imbrication historique entre les deux dispositifs
- Réunions régulières entre coordinatrices des MSP et de la CPTS
- Partage de compétences, d'outils, de pratiques et de parcours de soins à l'échelle territoriale
- Liens importants entre la CPTS et les DAC, CME du GHT, Gérontopôle, CLSM, partenariat avec nombreuses associations, convention avec maisons sport-santé

En bref

La CPTS Balagne s'est construite à partir d'un socle solide de MSP déjà engagées dans l'exercice en équipe pluriprofessionnelle. Dans le cadre d'ICOPE, la CPTS assure principalement une fonction de coordination, d'animation territoriale et de mise en réseau, tandis que les MSP réalisent les dépistages et la prise en soin clinique. La réussite du dispositif repose sur une forte interconnaissance des acteurs, un dialogue régulier entre coordinations et une répartition claire des rôles entre logique populationnelle (CPTS) et logique de patientèle (MSP).

FICHE SYNTHÈSE

CPTS de Liévin - Pays d'Artois / MSP Jules Ferry et MSP de la Plaine



Thématique du projet	Prévention et prise en soin du surpoids et de l'obésité infantile Mission Retrouve ton Cap (MRTC)
Portage	Expérimentation de l'Assurance Maladie
Partenaires associés	MSP Jules Ferry, MSP de la Plaine, CPTS Liévin Pays d'Artois, professionnels de santé hors MSP
Population cible	Enfants âgés de 3 à 12 ans révolus en surpoids ou en obésité non complexe et/ou représentant des signes d'alerte sur leur courbe de corpulence associés à un risque de développer un surpoids ou une obésité. Le projet implique également les parents et l'environnement familial.
Dates du projet	Depuis 2023
Enjeux territoriaux	Forte prévalence de l'obésité et des pathologies chroniques associées
Objectifs	• Repérer précocement les enfants à risque ou en situation d'obésité • Favoriser un accompagnement pluriprofessionnel des enfants et de leur famille tout au long du parcours • Développer une réponse territoriale coordonnée en élargissant l'accès au dispositif aux professionnels de santé n'exerçant pas sur le territoire de la CPTS
Points forts	• Continuité des prises en charge grâce à la transmission d'informations entre professionnels • Association de professionnels hors MSP grâce au dispositif • Développement de l'interconnaissance et facilitation des orientations
Limites	Crainte de captation de patientèle au lancement du dispositif
Perspectives	Continuer à faire de la pédagogie sur les rôles et missions de chaque entité

ACTIONS DE LA CPTS

- Communication auprès de la population et des professionnels de santé du territoire (existence du dispositif, étapes de l'accompagnement)
- Production d'outils permettant la visibilité et la lisibilité du projet
- Mise en réseau des professionnels de santé dans et hors MSP (lorsqu'une MSP ne dispose pas de diététicien, la CPTS peut mobiliser son réseau territorial pour identifier un professionnel et faciliter sa mise en lien avec la structure, partenariat avec des maisons sport santé, acteurs locaux spécialisés dans l'APA, inclusion de médecin traitant hors territoire de la CPTS...)
- Sensibilisation de certains professionnels de santé qui craignaient que leur patientèle soit captée par la CPTS via l'inclusion dans le dispositif MRTC

ACTIONS DE LA MSP

- Prise en soin des enfants
- Réalisation du suivi médical (suivi de l'IMC, des courbes de corpulence)
- Coordination du parcours entre médecins et psychologues

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Suivi clinique de l'enfant assuré par la MSP
- Coordination des acteurs du territoire et intégration de nouveaux professionnels de santé assurée par la CPTS

CONTEXTE TERRITORIAL

MSP Jules Ferry

Ouverte depuis 2019, la MSP propose notamment des consultations de médecine générale et de diététique.

MSP de la Plaine

Projet de santé validé en 2015, comporte des médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, podologues, psychologues...

CPTS de Liévin - Pays d'Artois

Initiative : CPTS issue d'un comité ville-hôpital historiquement centré sur la commune de Liévin et l'hôpital de Riaumont (aujourd'hui groupe AHNAC). Ce comité réunissait déjà des professionnels de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, biologistes) et des acteurs hospitaliers autour d'une logique de coopération pluriprofessionnelle, notamment sur les enjeux gériatriques.

Données territoriales : CPTS de taille 3 (11 communes, 90 000 habitants) - située dans le Pas-de-Calais (Hauts-de-France) - association créée en 2017 – 2 MSP sur le territoire de la CPTS (MSP Jules Ferry, MSP de la Plaine)

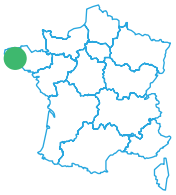
Problématiques territoriales : forte prévalence de l'obésité, prévalence importante de maladies respiratoires (asthme, BPCO) liées notamment à l'histoire minière du territoire, autres problématiques liées aux maladies cardiovasculaires et diabète de type 2

Gouvernance : 6 collèges : les professionnels de santé libéraux ; les MSP et ESP (peuvent adhérer à la gouvernance en tant qu'entité morale) ; les structures médico-sociales ; les acteurs du handicap ; les acteurs du grand âge ; d'autres professions participant à la santé du territoire.

En bref

Le dispositif MRTC « Mission Retrouve Ton Cap » porté par les MSP et coordonné au niveau du territoire par la CPTS, permet une prise en soin efficiente des enfants en situation d'obésité ou présentant des facteurs de risque. Par son rôle de facilitateur et de mise en réseau, la CPTS donne à une action locale une portée territoriale, au bénéfice de l'ensemble de la population. La pluriprofessionnalité de la gouvernance de la CPTS est un atout majeur dans la réussite du dispositif.

Exemples concernant la coordination de parcours et l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)



FICHE SYNTHÈSE

CPTS Douar Mor / MSP de Plouay

Thématique du projet	Amélioration du parcours de soins du patient douloureux en favorisant l'intégration systématique de l'éducation thérapeutique au parcours
Portage	MSP de Plouay – CPTS Douar Mor
Partenaires associés	MSP du territoire, DAC, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) de la clinique mutualiste de Lorient, CPTS voisine, professionnels libéraux du territoire
Population cible	Patient douloureux chronique
Dates du projet	Programme développé dans la MSP depuis plusieurs années
Enjeux territoriaux	Manque de coordination de la prise en soin des patients atteints de douleurs chroniques Difficulté d'accès aux CETD Développement de l'ETP au sein du parcours de soin
Objectifs	• Développer des consultations avancées avec réévaluation des questionnaires pour mieux correspondre aux besoins des patients et du CETD • Renforcer les connaissances sur les mécanismes de la douleur via les consultations avancées • Renforcer le partenariat avec le CETD et favoriser la connaissance par le CETD des patients douloureux chroniques adressés par les MSP • Développer un programme d'éducation thérapeutique aux patients douloureux chroniques sur d'autres communes du territoire • Développer des RCP thématiques
Points forts	• La constitution de la CPTS est directement issue de l'initiative de deux MSP • La CPTS permet une diffusion du dispositif sur le territoire • Les missions et rôles de chacun des acteurs (CPTS, MSP, CETD, DAC...) sont clairs et délimités permettant une articulation efficiente • Le parcours intègre une approche globale du patient (traitement de la douleur d'un point de vue médical, psychologique, social) • Le DAC organise des formations à l'ETP et la CPTS communique les formations aux pros • Financement clair : consultations de parcours financées par la MSP, animation du programme financée par la CPTS
Limites	• Financement des consultations avancées à trouver pour les territoires sans MSP (fondation...) • Nombre de professionnels de santé formés à l'ETP et à la douleur
Perspectives	• Déploiement territorial via la CPTS à partir de janvier 2026 • Poursuite de la collaboration entre les MSP, la CPTS et le DAC dans le but de la diffusion du programme ETP • Développement de coopérations avec les acteurs médico-sociaux via la CPTS • Réflexion sur les modalités d'accompagnement des communes sans MSP

ACTIONS DE LA CPTS

- Création des espaces de rencontres entre les professionnels du territoire concernés par l'accompagnement de patients douloureux chroniques (pro ville et hôpital)
- Soutien pour faciliter l'accès au programme ETP à l'ensemble des usagers de son territoire
- Organisation de la coopération avec le CETD de référence du territoire
- Communication des actions innovantes des MSP aux professionnels du territoire
- Collaboration avec le DAC

ACTIONS DE LA MSP

- Repérage de patients douloureux chroniques
- Proposition au patient de bénéficier en ville d'une consultation avancée par un professionnel de santé titulaire d'un DU douleur et financement
- Animation de l'ETP
- Organisation de RCP thématiques
- Coordination du parcours de soin des patients par l'équipe traitante

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Repérages, suivi clinique, consultations avancées, animation de l'ETP et détention des données de santé assurée par la MSP
- Partenariats, interconnaissance et diffusion des pratiques assurée par la CPTS et le DAC
- MSP et CPTS financent chacune leurs missions dans cette articulation

CONTEXTE TERRITORIAL

MSP de Plouay

Création de la MSP en 2018, 45 professionnels de santé (médecins, sage-femme, orthophoniste, pédicure podologue, psychomotricien, kinésithérapeute, infirmière, pharmacien, ergothérapeute, diététicienne).

CPTS Douar Mor

Initiative : Naissance de la CPTS portée par des professionnelles issues MSP différentes qui se retrouvaient régulièrement lors de journées régionales et nationales consacrées à l'exercice coordonné, programmes ETP... Elles se sont associées pour créer une CPTS, se rendant compte que leurs MSP partageaient des problématiques communes. Une dynamique territoriale s'est rapidement installée autour de la CPTS.

Données territoriales : CPTS de taille 2 - 10 communes - 165 adhérents – plus de 300 professionnels libéraux

Problématiques territoriales : accompagnement des personnes âgées, douleur chronique, santé mentale et addictions, lutte contre les violences intrafamiliales, santé des aidants et accompagnement post cancer, santé environnementale, santé des femmes, formation des professionnels, santé des jeunes

Gouvernance : 5 collèges : professionnels de santé libéraux en collège 1, dispositifs de soins coordonnés, les professionnels salariés et les professionnels «parcours de soin» non-inscrits au Code de la Santé Publique (psychologues notamment) sont en collège 2, les établissements et structures partenaires (DAC, HAD, pôle de santé mentale, hôpital) sont collège 3, les patients partenaires sont collège 4, les élus locaux sont collège 5 à rôle consultatif. Les MSP n'adhèrent pas en tant que personne morale mais une grande partie des administrateurs est issue des MSP.

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

Le lien entre MSP et CPTS est particulièrement étroit : échanges réguliers entre coordinateurs de MSP et de CPTS, participation des coordinateurs MSP aux groupes de travail thématiques de la CPTS, culture commune d'exercice coordonné, diffusion des expériences et de la culture communes aux nouvelles MSP créées sur le territoire.

En bref

Les problématiques territoriales communes ont pu permettre une coopération avec des angles de travail différents entre MSP et CPTS autour de la douleur chronique. La CPTS a pu financer le transfert d'un dispositif existant vers une autre commune dont la MSP est naissante, mais aussi l'animation territoriale notamment en portant la voix des libéraux auprès des établissements de santé et des institutions, et la constitution de groupes de travail. Les MSP financent les consultations avancées, le programme ETP existant, la concertation clinique. Cet exemple témoigne d'une articulation particulièrement pertinente entre la CPTS et la MSP : la CPTS est un outil de diffusion et d'amplification des innovations développées dans les MSP permettant de passer d'une logique locale à une logique territoriale sans remettre en cause le rôle clinique central des MSP.

FICHE SYNTHÈSE



CPTS Entre-deux-Mers

Thématique du projet	ETP POLIPATO : Mieux vivre avec ses artères
Portage	Association PREV'M (porte les actions de prévention de la CPTS), financement ARS
Partenaires associés	CPTS, MSP de Cadillac, MSP de Créon, MSP de Saint-Caprais, MSP de Targon
Population cible	Personnes atteintes de maladies cardiovasculaires chroniques ou présentant plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire
Dates du projet	Interruption avec la crise sanitaire, reprise en 2024
Enjeux territoriaux	Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé
Objectifs	• Donner aux personnes cible les connaissances et compétences nécessaires pour mieux gérer leur maladie au quotidien • Déployer un programme ETP facilement accessible géographiquement
Points forts	• Maillage territorial fort grâce aux MSP présentes et au travail de coordination • Calendrier plus serré entre les BEP et la tenue des ateliers • Pluriprofessionnalité des éducateurs ETP
Limites	• Maintenir l'engagement sur l'ensemble des ateliers • Temps nécessaire au repérage, à l'orientation et à la planification des ateliers
Perspectives	• Augmenter le nombre d'ateliers d'ETP • Mener une réflexion sur l'organisation du parcours pour gagner en efficacité

ACTIONS DE LA CPTS

- Financement de la formation ETP par la CPTS à destination de l'ensemble de ses adhérents (formation dispensée par Promotion Santé Nouvelle-Aquitaine)
- Assure la communication du dispositif et de la planification des ateliers auprès de l'ensemble de ses adhérents
- Organise et coordonne les ateliers (planning)

ACTIONS DE LA MSP / PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Repérage et orientation de patients vers le programme ETP
- Présentation du programme aux patients susceptibles de les intégrer (ma santé et moi, hypertension artérielle, diabète, APA, alimentation)
- Réalisation d'un Bilan Educatif Partagé par un éducateur formé
- Soutien logistique, accueil des ateliers

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- RCPTS et MSP travaillent de concert pour planifier les ateliers dans les locaux des MSP
- Liens constants entre coordinateurs des MSP et de la CPTS

CONTEXTE TERRITORIAL

MSP

Réseau dense sur le territoire de la CPTS avec 9 MSP

CPTS Entre-Deux-Mers

Initiative : CPTS née en 2021, issue d'une volonté politique (Plan Ma Santé 2022) mais qui est venue conforter une organisation et une culture de l'exercice coordonné déjà importante sur le territoire.

Données territoriales : Taille 3 - 78 communes - 87 000 habitants - territoire à la fois urbain et rural - entre 300/350 adhérents pour 600 professionnels de santé libéraux

Problématiques territoriales : accès aux soins du second recours, prévention et promotion de la santé

Gouvernance : 7 collèges : 1) professionnels de santé libéraux des soins de premier et second recours, 2) acteurs de soins primaires (MSP, CDS, ESP), adhèrent en tant que personne morale, 3) structure sanitaires, sociales, médico-sociales, 4) citoyens du territoire, 5) collège des chercheurs, 6) membres institutionnels, 7) associations en lien avec la santé.

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

- La CPTS dispose de 4 commissions (administration et finances, commission recherche et formation, commission communication et animation du réseau, commission projet de santé) avec des groupes de travail qui associe les membres des collèges et partenaires extérieurs comme le DAC
- Parcours entrée et sortie d'hospitalisation gériatrique, travail expérimental en train d'être mené au CH de Libourne en partenariat avec la CPTS (organisation et animation du groupe du travail, assure les mises en relation entre acteurs) et les professionnels de ville (un référent de ville désigné pour chaque cas, constitue l'interface entre l'hôpital et les professionnels de ville)
- Temps de travail dédié entre coordinateur MSP et coordinateur CPTS en cours de mise en place
- Coordination MSP-CPTS autour d'actions de prévention, type Octobre Rose (MSP gèrent les ateliers de prévention, CPTS assure la communication)

En bref

L'exemple du programme d'ETP POLIPATO est représentatif d'une dynamique territoriale imprégnée par une forte culture locale de l'exercice coordonné, un partenariat ancien entre acteurs, une complémentarité importante et une répartition claire des missions entre MSP (effectrices de soins) et CPTS (facilitatrice de coordination territoriale). L'ETP constitue ainsi un exemple concret où la CPTS coordonne, communique et organise, tandis que les MSP contribuent par leur ancrage local et la mise à disposition de lieux accessibles aux patients.

Exemples concernant la coordination de parcours entre la ville et l'hôpital



FICHE SYNTHÈSE

CPTS de la Bièvre / MSP des Terres de Bièvre

Thématique du projet	Prise en charge coordonnée entre la ville et l'hôpital sur les troubles du neurodéveloppement
Portage	CPTS de la Bièvre et hôpital pédopsychiatrique Fondation Vallée qui ont répondu de manière conjointe à un AAP
Partenaires associés	Le déploiement du projet a été initié au sein de la MSP des Terres de Bièvre avant d'être pensé dans une logique territoriale
Population cible	Enfants rencontrant des troubles du neurodéveloppement
Dates du projet	Vers 2023
Enjeux territoriaux	• Saturation des services spécialisés de pédopsychiatrie • Délais d'attente très longs • Difficulté d'accès aux diagnostics de TDAH et autres TND
Objectifs	• Renforcer les compétences des médecins de ville dans le repérage précoce des TND et les accompagner dans l'orientation des enfants concernés • Fluidifier les parcours des enfants avec des TND en renforçant le lien ville-hôpital • Désengorger les filières psychiatriques hospitalières • Réduire les délais d'accès aux expertises spécialisées • Réorganisation de l'orientation des enfants selon le niveau de gravité de leur situation
Points forts	• La répartition claire des rôles a permis une prise en charge structurée des patients TND entre la ville et l'hôpital • Le projet a démarré dans une MSP pilote avant diffusion au reste du territoire
Limites	• Le modèle reste dépendant de la disponibilité des ressources hospitalières spécialisées, dans un contexte de forte tension sur les équipes de pédopsychiatrie • Le modèle nécessite une forte culture de l'exercice coordonné sur le territoire
Perspectives	• Le poste de l'IDEC a été pérennisé au-delà de la subvention obtenue dans le cadre de l'AAP

ACTIONS DE LA CPTS

- Prise de contact avec l'hôpital pédopsychiatrique
- Elaboration d'une réponse commune à un appel à projets de l'ARS
- Recrutement d'une infirmière de coordination (IDEC) rémunérée par l'hôpital pédopsychiatrique
- Rencontre des acteurs du territoire afin d'élaborer un diagnostic territorial
- Réalisation de webinaires de formation au repérage des TND

ACTIONS DE LA MSP

- La MSP constitue le terrain pilote du projet
- Repérage clinique des enfants présentant des signes de TND
- Accompagnement des enfants et de leurs familles tout au long du parcours de soins
- Réalisation de consultations associant médecin traitant et l'IDEC de l'hôpital

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Définition par la CPTS du cadre territorial, construction des relations avec l'hôpital et obtention des financements
- Mise à disposition d'une infirmière coordinatrice qui effectue le lien entre les MSP et l'hôpital
- Repérage et prise en charge des patients par la MSP
- Actions de formation conjointes entre CPTS et MSP via la rémunération par la CPTS de plusieurs professionnels exerçant en MSP

CONTEXTE TERRITORIAL

MSP des Terres de Bièvre

Issue d'une histoire ancienne d'exercice coordonné, d'abord sous forme de pôle de santé multisites, ses professionnels se sont installés dans des locaux communs en 2024. Elle était structurée initialement autour d'équipes pluriprofessionnelles de proximité et a été un moteur très important du développement des MSP sur le territoire.

CPTS de la Bièvre

Initiative : La CPTS de la Bièvre est issue d'une dynamique préexistante d'exercice coordonné. Elle est née de la coopération du DAC du territoire et de 3 MSP. L'histoire de la CPTS est fortement liée aux travaux menés antérieurement dans le cadre d'expérimentations de coordination (NMR, IPEP) et à l'engagement historique de ses fondateurs dans les MSP et les réseaux de santé.

Données territoriales : CPTS de taille 3 - env 100 000 habitants - 5 communes

Problématiques territoriales : Densité médicale sous tension, besoin de structurer les coopérations ville-hôpital, difficultés d'accès aux soins spécialisés en psychiatrie notamment

Gouvernance : 4 collèges (professionnels libéraux, professionnels salariés et acteurs du social/ médico-social (DAC), collectivités locales (mairies), usagers). Les MSP peuvent adhérer en tant que personnes morales et une MSP dispose du nombre de voix correspondant au nombre de professionnels qui la composent.

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

- Constitution régulière de groupes de travail thématiques entre coordinateurs et/ou professionnels de santé
- Articulation entre CPTS et MSP qui se base sur un partage des rôles très clair entre MSP et CPTS

En bref

La prise en charge coordonnée entre la ville et l'hôpital des TND illustre une articulation réussie entre les missions de la MSP et les missions de la CPTS : la CPTS construit le dispositif territorial et le partenariat avec l'hôpital ; la MSP réalise l'accompagnement clinique concret des enfants et de leurs familles avec l'IDEC rémunéré par l'hôpital Fondation Vallée. Le territoire de la Bièvre est historiquement marqué par un ancrage fort de l'exercice coordonné. Les MSP, représentées en tant que personne morale dans la gouvernance de la CPTS, disposent d'un nombre de voix proportionnel au nombre de professionnels qui les composent, traduisant la volonté de faire des équipes de soins coordonnées un acteur central de la gouvernance territoriale.

FICHE SYNTHÈSE

CPTS Sud Côte d'Or / MSP du territoire



Thématique du projet	Éducation Thérapeutique du Patient réalisée en coordination par une équipe mixte libérale et hospitalière
Portage	CPTS Sud Côte d'Or, Hôpital de Beaune, organisme de formation (CoMET-BFC)
Partenaires associés	MSP du territoire
Population cible	Patients atteints de maladies chroniques nécessitant un accompagnement éducatif dans leur parcours de soins
Dates du projet	Début 2026, 1ère session de formation en septembre 2026
Enjeux territoriaux	Besoin d'une coordination ville-hôpital
Objectifs	• Former des professionnels hospitaliers et libéraux à l'ETP • Construire un parcours d'éducation thérapeutique partagé entre l'hôpital et la ville • Harmoniser les pratiques et les outils utilisés par les professionnels • Assurer la continuité du parcours éducatif du patient • Déployer l'ETP sur l'ensemble du territoire de la CPTS • Améliorer l'accessibilité des programmes pour les patients éloignés du centre hospitalier
Points forts	• Forte culture historique de coordination sur le territoire • Mise à disposition de matériel par la CPTS pour les MSP • Capacité de la CPTS à diffuser à l'échelle du territoire des initiatives développées en MSP
Limites	• Continuer à construire les partenariats entre MSP et CPTS et aller vers plus de partage d'informations et de coopérations • S'assurer que les périmètres d'action de la MSP et de la CPTS soient respectés
Perspectives	• Mise en place des premières sessions de formation à l'ETP • Déploiement territorial du programme ETP • Renforcement des coopérations entre MSP et CPTS

ACTIONS DE LA CPTS

Construction de l'ETP avec le centre hospitalier (puis mise en forme de la formation par la CoMET-BFC)

- Réalisation de documents identiques entre l'hôpital et la ville
- Coordination du parcours d'ETP

ACTIONS DE LA MSP

- Participation de professionnels exerçant en MSP à la formation
- Relais territoriaux de proximité pour le futur déploiement de l'ETP
- Lieu d'expérimentation de nouveaux projets de santé pour la patientèle, qui peuvent être partagés à d'autres MSP du territoire

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Formation de 42h permettant à des professionnels de secteurs différents de se rencontrer (8 professionnels hospitaliers, 8 professionnels libéraux (dont plusieurs exercent en MSP))
- Construction commune de mêmes supports, mêmes procédures, mêmes outils de suivi
- Coopération forte entre la ville et l'hôpital permettant à un patient de débuter son parcours d'ETP à l'hôpital et le terminer auprès d'un professionnel de proximité exerçant en ville

CONTEXTE TERRITORIAL

CPTS Sud Côte d'Or

Initiative : La CPTS Sud Côte d'Or est issue de l'évolution historique des Groupements de Professionnels de Santé (GPS) créés en Bourgogne dès 2002. Le territoire disposait déjà d'une culture ancienne de coordination entre professionnels de santé. Lors de la création des CPTS, le GPS a été scindé en deux structures :

- La CPTS chargée de l'animation territoriale et des missions de coordination
- Le DAC chargé des parcours complexes

La CPTS a repris la structure associative historique du GPS (SIRET, gouvernance, etc.). L'association CPTS a été créée en 2021 et son ACI a été signé en mai 2022.

Données territoriales : 166 communes - environ 92 000 habitants - CPTS de taille 3 – territoire de la CPTS à cheval sur deux départements (Côte-d'Or et Saône-et-Loire) – env 220 adhérents (ce qui représente plus de 50% des professionnels de santé libéraux du territoire)

Problématiques territoriales : Maintien à domicile des personnes âgées, coordination des parcours ville-hôpital, coordination des soins palliatifs, réduction des ruptures de parcours

Gouvernance : Pas de système de collèges. 16 membres dans le conseil d'administration (médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciens, représentants du domicile, représentants hospitaliers (président CME, cadre des urgences, médecins hospitaliers).

La gouvernance est majoritairement portée par les professionnels libéraux avec la volonté que tous les territoires soient représentés. Le CA est ouvert aux professionnels disposant d'un RPPS.

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

- Relations historiquement favorisées par la culture de coordination du territoire (intensité variable selon les MSP)
- Mise à disposition par la CPTS du matériel (buste d'autopalpation, vélo-smoothie, casque de réalité virtuelle...) pour les MSP
- Tous les présidents de CPTS sont vice-présidents du DAC, membres du DAC invités à participer aux groupes de travail thématiques
- Partenariat avec le réseau sport-santé de Bourgogne Franche-Comté pour financer de l'APA (la CPTS s'occupe de la logistique : recherche de salles conventionnées à différents endroits du territoire, assurer la communication, trouver des enseignants APA)

En bref

La CPTS Sud Côte d'Or s'inscrit dans une longue histoire de coordination territoriale issue des anciens GPS bourguignons. Ces GPS portaient un nombre important de programme d'éducation thérapeutique et c'est sur ces bases que le projet d'ETP coordonné entre la ville et l'hôpital s'est construit. Ce projet d'ETP illustre une coopération étroite entre la CPTS Sud Côte-d'Or, le CH de Beaune, la CoMET-BFC et les MSP du territoire. La formation conjointe des professionnels hospitaliers et libéraux, l'harmonisation des pratiques, outils et supports utilisés permet de renforcer la continuité des parcours de soins. Cela offre la possibilité aux patients de démarrer leur parcours éducatif à l'hôpital puis de le poursuivre auprès de professionnels de ville.

Exemple concernant la médiation en santé



FICHE SYNTHÈSE

CPTS Sud-Est Grenoblois / Pôle de Santé Interprofessionnel

Thématique du projet	Les Cafés Santés
Portage	CPTS Sud-Est Grenoblois / Pôle de Santé Interprofessionnel (PSIP) de Saint-Martin-d'Hères
Partenaires associés	Patients partenaires, expérimentation SECPA
Population cible	Ensemble de la population
Dates du projet	2023
Enjeux territoriaux	Précarité, inégalités sociales de santé
Objectifs	• Renforcer la démocratie sanitaire • Favoriser l'accès aux connaissances sur le soin • Favoriser l'expression des besoins des habitants • Susciter les échanges sur la santé entre habitants • Approfondir la connaissance des besoins du territoire
Points forts	• Origine de la CPTS (émanation du PSIP) facilite les articulations
Limites	• Surreprésentation des personnes âgées retraitées aux Cafés Santé et des personnes en situation de handicap • Disponibilité et taille des locaux qui accueillent les Cafés Santé • Pression immobilière importante et enjeu de ne pas s'éloigner du QPV • Actions à l'échelle populationnelle du Pôle de Santé dû à son rayonnement très important (80 professionnels répartis sur le territoire)
Perspectives	• Attirer des jeunes, des parents aux Cafés Santé • Réfléchir à la manière de susciter l'intérêt sur les sujets de santé auprès des jeunes • Continuer à travailler à la clarté des missions de la CPTS et du Pôle de Santé

ACTIONS DE LA CPTS

- Recherche de financements pour organiser des cafés thématiques en fonction des besoins identifiés par les patients partenaires
- Organisation de réunions entre patients partenaires, coordinatrice et médiateur en santé du PSIP pour déterminer les thématiques à traiter
- Orientation des usagers vers des professionnels de santé et médiateurs en santé du PSIP en cas de besoin

ACTIONS DE LA MSP

- Prise en soin des usagers ayant besoin d'un médecin traitant en fonction des capacités des professionnels
- Assure la médiation en santé (financement via SecPA, expérimentation article 51)

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Recherche commune d'intervenants pour participer à des cafés thématiques
- Soutien et suivi des patients partenaires et des participants aux Cafés Santés
- Organisation du prendre soin des patients partenaires, avec prise en soin d'une supervision, la formation, le suivi des patients partenaires

CONTEXTE TERRITORIAL

PSIP de Saint-Martin-d'Hères

Le PSIP est issu d'une association créée en 1982, PREMED-SMH, qui déjà avait pour objectif principal la lutte contre les inégalités sociales de la santé, via la réalisation d'actions de prévention en santé sexuelle, notamment dans le cadre de l'épidémie du VIH, du diabète... Initialement médico-centré, l'association a pris le virage de l'exercice coordonné avec les expérimentations NMR. La SISA a été créée en 2013. Pôle de santé multisites regroupant environ 100 membres dont 70 professionnels de santé. Il constitue l'acteur central de la dynamique territoriale.

CPTS : Sud-Est Grenoblois

Initiative : Créée en 2020 à l'initiative du PSIP, la CPTS possède un engagement historique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et l'amélioration de l'accès aux soins des populations précaires.

Données territoriales : CPTS de taille 2 - 5 communes - env 60 000 habitants - 250 adhérents soit près de 70% de professionnels du territoire

Problématiques territoriales : précarité, inégalités sociales de santé, la CPTS se situe en QPV

Gouvernance : 3 collèges : professionnels de santé, personnes morales (établissements de santé, associations, MSP), patients partenaires.

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

- Création de la CPTS par la MSP, forte proximité et articulation : partage de locaux, projets communs, historique commun, échanges réguliers entre équipes
- Coorganisation de formations avec une répartition des financements CPTS/MSP (violences intrafamiliales, accueil des personnes trans, perturbateurs endocriniens...)
- Réunions de coordinations régulières entre MSP et CPTS permettant d'assurer une veille territoriale (ouverture/fermeture d'offres de soins, besoins émergents etc.)
- Réunion mensuelle d'une cellule territoriale avec la CPTS, le CHU et le Groupement Hospitalier Mutualiste
- Collaborations avec les associations du territoire en fonction des projets

En bref

La CPTS Sud-Est Grenoblois est issue du PSIP, ce qui favorise une forte articulation entre les deux structures. Cette coopération se traduit notamment par les Cafés Santé, espaces d'échanges hebdomadaires co-portés par la CPTS et le PSIP, associant habitants, patients partenaires, médiateurs en santé et professionnels. Cette proximité génère toutefois des zones de flou sur la répartition des rôles, d'autant que le PSIP ne se limite pas à une logique de patientèle mais développe également des actions de prévention et d'aller-vers à l'échelle populationnelle (sur un territoire plus restreint à celui de la CPTS). L'enjeu principal réside donc dans la clarification des missions tout en préservant une complémentarité jugée très bénéfique pour mener à bien des projets de santé répondant aux besoins de santé de la population.

Exemple concernant la production d'outils



FICHE SYNTHÈSE

CPTS du Grand Lons / MSP du territoire

Thématique du projet	Co-construction d'un livret d'accueil pour tout nouvel arrivant dans une MSP sur l'exercice coordonné, l'e-santé, l'économie en santé
Portage	CPTS du Grand Lons en partenariat avec 4 MSP du territoire
Partenaires associés	Assurance Maladie (financement)
Population cible	Professionnels de santé, internes, stagiaires
Dates du projet	Début du projet en 2024
Enjeux territoriaux	Renforcer l'attractivité du territoire, faciliter l'intégration des nouveaux professionnels, favoriser la fidélisation et l'ancrage des professionnels de santé sur le territoire
Objectifs	• Améliorer l'accueil des nouveaux professionnels et stagiaires en facilitant leur intégration dans les MSP • Rendre visible les acteurs du territoire vers qui ces nouveaux professionnels peuvent se tourner • Contribuer à la stratégie globale d'attractivité du territoire • Aboutir à un outil commun tout en permettant des adaptations pour chaque MSP
Points forts	• Forte culture de co-construction • Création d'espaces d'empowerment des professionnel.le.s de santé (travail en design) - outils de l'ancrage • Réunions régulières entre CPTS, MSP CDS et CLS • Partage systématique des pratiques et outils
Limites	**Concernant le livret :** Mobilisation limitée par manque de temps des personnes occupant les postes de coordo aux réunions de travail pour la réalisation du livret **Dispositifs cop-portés CPTS-CLS :** • Méconnaissance parfois observée des MSP envers les CLS • Mobilisation encore variable des élus sur les enjeux de santé. • Difficulté à fédérer certaines professions (ex. dentistes qui ne participent pas à la CPTS)
Perspectives	• Finalisation du livret d'accueil pour les MSP concernées en vue de l'accueil prochain de docteurs juniors • Faire de la médiation entre MSP et CLS • Poursuivre l'acculturation entre MSP et CLS sur les enjeux de la santé communautaire

ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS EXERÇANT EN MSP ET CPTS

- Besoin identifié par la MSP des Mouillères lors d'une réunion trimestrielle des coordinateurs co-portée par la CPTS du Grand Lons et le Contrat Local de Santé du Pays Lédonien
- Organisation de 4 réunions de travail en méthode agile entre CPTS et les MSP participantes ont eu lieu pour définir la maquette et le contenu du livret d'accueil (MSP des Mouillères, MSP d'Orgelet, MSP Jura Sud, MSP André Bonnotte)
- Validation du contenu par les MSP à chaque étape (idéation, prototypage, test...)
- Accompagnement individualisé lors de la finalisation du livret de la MSP des Mouillères

CONTEXTE TERRITORIAL

CPTS

Initiative : La CPTS a été créée à l'initiative de 4 professionnels de santé (exerçant en MSP et en cabinet libéral), un infirmier et trois médecins. La structuration de la CPTS s'est faite progressivement, en s'appuyant d'abord sur un noyau de médecins avant d'ouvrir la gouvernance à l'ensemble des professions de santé. La crise sanitaire a constitué un tremplin pour la création de la CPTS en favorisant les collaborations sur tout le territoire entre professionnels de santé, médico-sociaux et administratifs du territoire.

Données territoriales : Territoire du Sud Jura très rural, autour de Lons-le-Saunier - CPTS de taille 3 - près de 100 000 habitants - 230 communes - environ 250 adhérents au sein de la CPTS

Problématiques territoriales : Démographie médicale - besoin de renforcer l'attractivité et l'ancrage du territoire pour accueillir de nouveaux professionnels de santé et le lien ville-hôpital

Gouvernance :

- Conseil d'administration exclusivement composé par des professionnels de santé en activité, défini par le code de la santé publique
- Pas de collège spécifique ni de représentation des personnes morales au conseil d'administration
- Établissements de santé et autres partenaires associés comme membres invités mais sans rôle décisionnel
- Existence de membres d'honneur (ex. CLS) et de membres juniors (étudiants)

Lien CPTS-MSP et autres acteurs du territoire :

- Création d'un centre de vaccination pendant la crise sanitaire grâce à un partenariat CPTS-CLS en 2019 (jusqu'à 1800 vaccinations par jour)
- Naissance et mise en place de réunions régulières (4 fois par an) entre CPTS, MSP et CDS suite à la pandémie (partage d'informations (arrivée et départ de professionnel, partage de documents et d'informations, partage de problématiques/ besoins)
- Constitution de groupes de travail thématiques à la demande des professionnels de santé (télé expertise, sur un parcours, attendus de l'ACI...)
- Articulation entre les objectifs de la CPTS et les priorités du CLS, notamment en matière d'accès aux soins et de prévention
- Financement d'actions impliquant des acteurs extérieurs à la CPTS facilité par le CLS, favorisant les collaborations avec les élus, les collectivités locales (location de locaux) et les associations
- Intégration des élus sur les thématiques stratégiques d'attractivité du territoire (implémentation de MSP, accueil de professionnels de santé)
- Tenue de deux commissions permanentes : l'une dédiée à l'exercice en interprofessionnalité, l'autre à la prévention et à la promotion de la santé
- Accueil ponctuel d'un cabinet médical fonctionnant avec une forme d'exercice coordonné et un centre dentaire

En bref

La CPTS du Grand Lons et le CLS du Pays Lédonien ont construit une relation particulièrement étroite avec les professionnels de santé pendant la pandémie.

Post covid, cette dynamique s'est transférée aux MSP/CDS. Elle s'appuie sur des réunions régulières entre coordinateurs, une forte culture de partage et de co-construction, ainsi qu'une collaboration étroite avec le Contrat Local de Santé. Les réunions sur la démarche qualité réunissant les acteurs des CPTS, MSP et CDS ont abouti à la création d'un livret d'accueil visant à améliorer l'attractivité du territoire tout autant du point de vue des MSP que de la CPTS.

AVECSANTÉ, qu'est-ce que c'est ?

Mouvement national associatif des équipes de soins primaires coordonnées, et en particulier des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Qu'est-ce qu'on propose ?

AVECsanté propose une nouvelle façon de penser les soins primaires :

- En réunissant les professionnels de santé en équipes,
- En travaillant avec les habitants,
- En tenant compte des besoins spécifiques de chaque territoire.

Et concrètement ?

AVECsanté et ses fédérations régionales soutiennent les équipes de soins sur le terrain. Le mouvement agit au niveau national pour faire évoluer le système de santé (actions de sensibilisation, des négociations et des propositions de réforme).

Où nous trouver ?

AVECsanté est présent partout en France grâce aux fédérations régionales qui accompagnent les équipes.

Pour en savoir plus

Annuaire des fédérations

Fédération des Maisons de Santé
en Auvergne et Rhône Alpes
06 37 25 30 10
secretariat@femasaura.fr

Fédération des maisons et Pôles de Santé
de la région Centre-Val de Loire
06 19 75 96 69
contact@fmps-cvl.fr

Fédération des Antilles
mspducos@gmail.com

Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation
en Santé
coordination@fccis.fr

Fédération des Maisons de Santé et de
l'Exercice Coordonné en Bourgogne Franche-Comté
03 81 47 08 22
contact@femasco-bfc.fr

Fédération de l'Exercice coordonné
et des MAisons de santé du Grand Est
07 87 14 78 46
contact@femage.fr

Fédération de Bretagne
06 59 08 73 51
contact@avecsante-bretagne.fr

Fédération des Maisons de Santé des Hauts-de-France
contact@femas-hdf.fr

Annuaire des fédérations

Fédération des Maisons de Santé en Île-de-France
06 95 71 35 24
contact@femasif.fr

Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire
02 28 21 97 35
contact@apmsl.fr

Fédération des maisons et pôles de santé en Normandie
07 66 20 17 48
contact@fmps-normandie.org

Fédération de l'Exercice Coordonné de l'Océan Indien Avec les équipes
contact@feecoia.com

AVECsanté Nouvelle Aquitaine
06 86 17 17 43
contact@avecsantena.fr

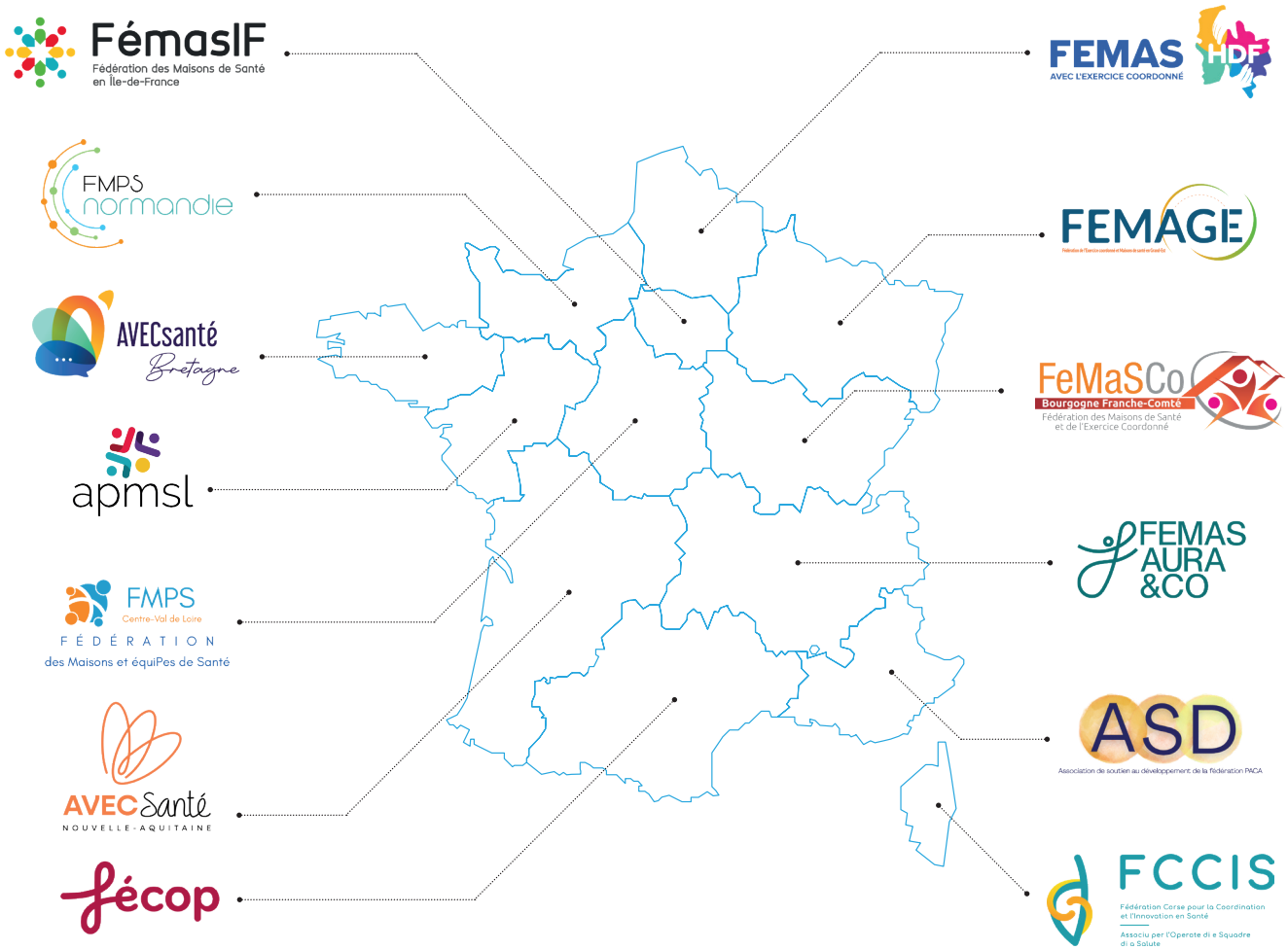
Association de soutien au développement de la fédération PACA
06 86 91 42 63
delegation.paca@avecsante.fr

Fédération de l'Exercice Coordonné Pluriprofessionnel en soins primaires
06 31 00 60 47
contact@fecop.fr

AVECsanté

Un mouvement fédéré et associatif

Avec nos fédérations régionales, nous accompagnons les équipes de soins primaires (ESP)
Et leur forme structurée en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP),
y compris dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).



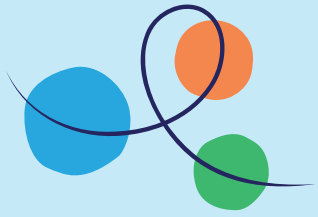


FEMAG





FéeCOIA
Fédération de l'Exercice Coordonné de l'Océan Indien Avec les équipes



AVECsanté

AVENIR DES ÉQUIPES COORDONNÉES

51 Rue Saint-Georges, 75009 PARIS.

avecsante.fr