



HAL
open science

**État des lieux des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) d'Île-de-France :
identification des disparités spatiales du déploiement des
CPTS franciliennes**

Angela Tomasi

► **To cite this version:**

Angela Tomasi. État des lieux des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) d'Île-de-France : identification des disparités spatiales du déploiement des CPTS franciliennes. Géographie. 2022. dumas-04056896

HAL Id: dumas-04056896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04056896v1>

Submitted on 3 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Angela TOMASI

**Etat des lieux des communautés professionnelles territoriales de santé
(CPTS) d'Ile-de-France**

Identification des disparités spatiales du déploiement des CPTS franciliennes

Mémoire soutenu le 02/09/2022

En vue de l'obtention du master 1

Mention Géographie, Aménagement, Environnement et Développement

Parcours Territoires, Villes et Santé

Université Paris Nanterre

Année universitaire 2021/2022

Tutrices universitaires : Mme Myriam Baron, Mme Emmanuelle Faure, Mme Léa Prost

Tuteurs professionnels : Dr Julien Le Breton, Dr Marine Ray

Organisme d'accueil : Centre municipal de santé Salvador Allende, La Courneuve (93)

Remerciements

Je souhaiterais remercier en premier lieu les encadrantes de mon mémoire, Mesdames Emmanuelle Faure et Léa Prost, dont les conseils et les encouragements m'ont été très judicieux et m'ont aidé tout au long de ma rédaction.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à Madame Marine Ray pour son accompagnement et sa disponibilité tout au long de la période de mon stage.

Un grand merci à Monsieur Julien Le Breton pour son accueil au sein de la structure du CMS de La Courneuve.

J'adresse également mes remerciements à Madame Myriam Baron et à chaque membre du COPIL du projet de recherche « CaPiTaleS » pour les échanges enrichissants au sujet des CPTS et de leurs retours sur les productions que j'ai présentés dans le cadre des réunions du projet de recherche.

Ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé dans d'aussi bonnes conditions sans leur aide et accompagnement.

Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	5
INTRODUCTION GENERALE.....	6
PARTIE I - CADRAGE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE POUR LA REALISATION D'UN ETAT DES LIEUX DES CPTS D'ILE-DE-FRANCE.....	12
1. Evolution de l'organisation des soins primaires en France : un regain d'intérêt pour l'action locale en santé ?.....	13
1.1 Santé, soins primaires et territorialisation de l'offre de soins en France.	13
1.2 Les CPTS, un nouveau dispositif de structuration et de coordination territoriale des soins primaires en France.....	16
1.2.2 <i>Le territoire en question : en quoi la CPTS constitue une nouvelle échelle territoriale ?.....</i>	<i>21</i>
1.3 Un premier bilan des dynamiques de déploiement du dispositif des CPTS en France au cours de la période 2016-2018.	24
2 Cadrage méthodologique pour la réalisation d'un état des lieux des CPTS d'Ile-de-France.	27
2.2 Lecture critique des sources de données mobilisées pour l'état des lieux des CPTS d'Ile-de-France.	30
Synthèse de la partie I.....	34
PARTIE II - LES CPTS D'ILE-DE-FRANCE MARQUEES PAR DE NOMBREUSES DYNAMIQUES DE DEPLOIEMENT TERRITORIAL.....	35
1. Un inégal déploiement aux échelles régionales et infra-départementales.....	36
1.1 L'Ile-de-France, spatialement différenciée par deux modes de déploiement territorial des CPTS.	36
1.2 Pertinence de l'échelle départementale pour l'étude du déploiement des CPTS franciliennes.	40
1.3 Déploiement des CPTS à l'échelle infra-départementale, quelles adéquations avec l'échelle communale ?	40
2. Structuration territoriale des CPTS d'Ile-de-France : caractérisation des différents modes de déploiement des CPTS.	43
2.1 Dichotomie entre Paris et sa petite couronne et la grande couronne.	43
2.2 Contractualisation des ACI sur la caractérisation des CPTS : un déploiement institutionnel régional à plusieurs vitesses.	49
2.3 CPTS et équité territoriale : des territoires plus enclins à développer des CPTS que d'autres ?.....	53
3. Caractérisation des enjeux liés à l'accès aux soins de la population des départements et des CPTS d'Ile-de-France.	57

3.1 La couverture populationnelle des CPTS : une population francilienne inégalement couverte en CPTS.	57
3.2 Le déploiement des CPTS d'Ile-de-France dans un contexte de désertification médicale.	63
Synthèse de la partie II	68
PARTIE III - PERTINENCE DE LA STRUCTURATION DES CPTS AU REGARD DES INEGALITES DE SANTE ET DES INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES IDENTIFIEES	69
1. Des fortes inégalités territoriales de la région Ile-de-France	70
1.1 Les inégalités du niveau de vie à l'échelle départementale.	70
1.2 Les disparités du niveau de vie à l'échelle des CPTS : mobilisation de l'indicateur du revenu médian qui montre que l'ouest francilien est davantage favorisé.	72
2.aux inégalités de santé dans les CPTS.	76
2.1 Caractérisation de la santé de la population francilienne : l'indicateur de l'espérance de vie et ses limites.	76
2.2 Mobilisation de l'indicateur de la part des bénéficiaires de l'affection longue durée à l'échelle des CPTS, corrélé à l'indicateur du revenu fiscal médian ?	79
3. Les CPTS, une réponse aux inégalités territoriales de santé ?	81
Synthèse de la partie III	83
CONCLUSION	84
Bibliographie	86
<i>Sitographie</i>	90
Annexes	91

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS (IDF) : Agence Régionale de Santé (d'Ile-de-France)

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

Insee : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION GENERALE

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre d'un stage de Master 1 portant sur l'état des lieux des communautés professionnelles territoriales (CPTS) d'Ile-de-France. Cet état des lieux renvoie à l'étude des dynamiques de déploiement géographique des CPTS tout en accordant un intérêt particulier aux contextes territoriaux dans lesquels elles se sont déployées ou sont actuellement en déploiement.

Ce stage s'est accompli sur une période de cinq mois¹ et s'inscrit dans le cadre du projet de recherche « CaPiTaleS » - *Identification et description des facteurs clés dans le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé*, coordonné par le Dr Julien Le Breton, médecin généraliste (CEpiA, IMRB-UPEC) et en partenariat avec chercheurs des UFR de Santé et de Lettres, Langues et Sciences Humaines de l'Université Paris-Est Créteil. Ce projet de recherche repose sur un travail collaboratif entre médecins et géographes de la santé. Cette approche interdisciplinaire se révèle adaptée à l'objet de la recherche que sont les CPTS. En effet, s'appuyant sur une étude multisite qui inclue une quinzaine de CPTS franciliennes, la recherche œuvre à l'identification et la description des facteurs clés dans le développement de ces nouvelles organisations territoriales régie par des professionnels de la santé. L'objet des CPTS renvoie alors à de véritables organisations spatiales du système de soins pensées à partir et pour le territoire.

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé², les « CPTS » renvoient à un dispositif relevant d'une démarche volontariste d'une communauté de professionnels de santé qui décident de coordonner leur activité autour d'un projet de santé commun au sein d'un territoire librement établi. Pour autant, le contexte de l'étude s'appuie sur le constat d'une inégale répartition des CPTS dans le temps et dans l'espace. Cependant, leur déploiement représente de grands enjeux. En effet, au mois de septembre 2018, le Président de la République, Emmanuel Macron, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn présentaient la stratégie « Ma Santé 2022 ». Il s'agit d'un programme d'action

¹ L'état des lieux des CPTS d'Ile-de-France s'est donc réalisé tout au long de la période du stage comprise entre fin février 2022 et mi-juillet de l'année 2022. La production des résultats renvoie aux données des CPTS telles qu'elles étaient disponibles au cours des mois d'avril, mai et juin 2022.

² LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016

qui vise la transformation du système de santé dans son ensemble. Les enjeux sont de taille : repenser le système de santé pour l'adapter aux nouveaux besoins et aux nouvelles approches en matière de soins en développant de nouvelles synergies qui doivent mobiliser tous les professionnels de santé et médico-sociaux. Le programme souhaite rendre l'exercice isolé des praticiens de ville comme une exception à partir de 2022. Les CPTS sont donc envisagées comme le cadre de référence pour l'organisation et la coordination des soins en mobilisant notamment des maisons et des centres de santé. « Ma Santé 2022 » prévoit le déploiement de 1000 CPTS pour l'année 2022. L'objectif est de recouvrir, à terme, l'ensemble de la superficie de la France de CPTS. Selon le président de la fédération nationale des CPTS, Dr Claude Leicher, « l'extension actuelle [et depuis un an] des CPTS sur le territoire est telle que l'objectif de 1000 CPTS en 2022 est pertinent »³.

L'objectif est d'autant plus pertinent puisqu'il s'inscrit dans le contexte de lutte contre les déserts médicaux⁴ et celui du « virage ambulatoire ». Le terme de virage ambulatoire renvoie aux transformations organisationnelles de l'offre de soins en vue de s'adapter aux nouveaux enjeux de santé de la population et des difficultés à l'accès aux soins. Pour le ministère de la Santé et de la Prévention, le virage ambulatoire « représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois pivots et coordinateurs des parcours entre les structures de ville [...] et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux »⁵. Si les « professionnels des soins primaires sont garants de cette évolution », la CPTS doit devenir le point de référence pour la coordination des soins ambulatoires (IGAS, 2018), autrement connu sous le nom de soins primaires.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit ce type de soins comme une « approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant

³ Propos rapportés dans l'article de presse « Depuis un an, le boom des communautés professionnelles territoriales de santé », publié dans la Gazette des Communes le 21/01/2022

⁴ Le terme de désert médical sera développé et défini au cours de la partie 1 page 26. Cette notion renvoie globalement à une offre de soins insuffisante par rapport aux besoins de santé de la population d'un territoire.

⁵ « Parcours de santé, de soins et de vie, une approche globale au plus près des patients », Ministère des Solidarités et de la santé, mars 2022 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie#:~:text=Ce%20virage%20ambulatoire%20repr%C3%A9sente%20le,centres%20de%20sant%C3%A9%20%E2%80%93%20et%20les>

la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » (World Health Organization & Fund (UNICEF), 2018). Plus globalement, cette définition renvoie à celle donnée à la santé qui soutient qu'il s'agit d'un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948). Ce type de soins s'assimile à ceux délivrés par la médecine de ville, dite de proximité ou encore ambulatoire. Ces termes recouvrent l'ensemble des professionnels de santé libéraux et des soins exercés en dehors des structures hospitalières et des établissements médico-sociaux, tels que les EHPAD. Ces offres de soins se doivent de solliciter une approche territoriale (Bourgueil et al., 2021) puisqu'ils consistent à appréhender les besoins de santé d'une population en fonction des réalités locales. Cette nécessité a déjà été soulignée dans la déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) relative aux soins primaires. Afin d'œuvrer à la réduction des inégalités de santé, la déclaration précise que les soins de santé primaires doivent tant « faire appel [...] à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé ».

En cela, le déploiement des CPTS, en tant que support au développement de l'offre de soins primaires, porte un enjeu géographique puisqu'il s'agit de communautés de professionnels de santé qui souhaitent coordonner leurs pratiques autour d'un projet de santé. C'est ainsi que ces communautés s'approprient un espace, l'érigent alors au statut de territoire.

Une communauté est un groupe d'acteurs intégré à une société, mais qui s'en distingue par son rattachement à un sentiment d'appartenance commun. Dans *Les mots de la géographie*, R. Brunet (1992) définit la communauté comme une entité qui « implique des liens plus forts que la société ou la collectivité et signifie qu'il y a eu adhésion volontaire, ou prise de conscience ». Une communauté agit pour son propre intérêt. En tant que communauté professionnelle, les CPTS renvoient à une organisation territoriale qui a pour échelle d'action une portion d'espace. A l'origine considéré comme une entité neutre, l'espace géographique est, depuis les années 1960, étudié dans une dimension nettement plus critique notamment grâce à la conception de la triplicité de l'espace : l'espace conçu, l'espace vécu et l'espace perçu (Lefebvre, 1974). Chaque acteur, ou groupe d'acteurs,

présente sa représentation de l'espace, elle-même liée à leurs pratiques spatiales ou la défense et la réalisation de ses intérêts. Dès lors qu'il y a une appropriation de l'espace, il y a un territoire : « le territoire implique toujours une appropriation de l'espace : il est autre chose que l'espace. » (Brunet, 1992). L'espace d'une CPTS est conçu par une communauté de professionnel de santé qui le perçoit comme un territoire de santé.

Le terrain d'étude choisi par le projet de recherche est celui de la région Ile-de-France et ce dernier se révèle particulièrement intéressant pour l'étude du déploiement des CPTS. En effet, l'Ile-de-France se présente telle une région métropolitaine tout à fait singulière. Située dans la partie nord de la France, la région est composée de huit départements : Paris (75), la Seine-et-Marne (77), les Yvelines (78), l'Essonne (91), les Hauts-de-Seine (92), la Seine-Saint-Denis (93), le Val-de-Marne (94) et le Val d'Oise (95). Elle est limitrophe des régions Hauts-de-France au nord, Normandie à l'ouest, Grand-Est à l'est, Bourgogne-Franche-Comté au sud-est et Centre-Val-de-Loire au sud-ouest.

L'Ile-de-France se démarque de toute autre région française puisqu'elle concentre près de 20% de la population nationale (Insee, 2019) et réalise plus de 30% du produit intérieur brut (PIB) (Insee, 2022) pour une surface territoriale qui représente seulement 2% de la France (Insee, 2019). Du fait de la présence de Paris, il s'agit d'une véritable région capitale qui concentre les pouvoirs politiques, administratifs et économiques⁶. Ainsi, l'attractivité de l'Ile-de-France est manifeste. Il s'agit d'une région dont la démographie est particulièrement jeune et dynamique⁷.

Néanmoins, selon V. Fouchier (2010), « le dynamisme de l'Ile-de-France n'a pas l'efficacité que l'on pourrait espérer compte tenu de ces avantages ». En effet, il souligne que

⁶ La métropole parisienne se situe ainsi au cinquième rang des métropoles mondiales (Globalization and World Cities (GaWC Research Network), Loughborough University, 2017). La région profite donc d'un rayonnement économique et culturel à l'échelle mondiale puisqu'elle accueille annuellement près de 50 millions de touristes (Insee, 2016) et est dotée de deux aéroports internationaux situés au sud et au nord de Paris.

⁷ Ce dynamisme repose à la fois sur taux d'évolution de la population égale à 13% sur la période 1990-2015 (Insee, 2015) et sur une part de la population âgée de 0 à 29 ans de 39,4% (Insee, 2019). Le taux de natalité y est élevé (23% des naissances françaises se concentrent en Ile-de-France selon l'Insee en 2019) et la région connaît une part de population immigrée la plus importante du pays, égale 40% (Insee, 2017). L'Ile-de-France représente également un bassin d'emplois diversifié mais qui demeure essentiellement tertiaire et industriel (Carroué, 2017 ; Insee, 2018). Ce bassin d'emplois est conséquent puisqu'il concentre 23% des emplois à l'échelle nationale (Carroué, 2017). En 2018, le taux d'emploi est égal à 67% contre 64% à l'échelle nationale (Insee, 2018).

la région présente de « préoccupantes » inégalités territoriales qui lui valent un statut de région paradoxale. En effet, Fouchier relève de nombreuses disparités territoriales, notamment relatives aux répartitions des populations, renvoyant à des disparités démographiques et socio-économiques⁸. Ces disparités mènent à un contexte inégalitaire marqué par « le marquage territorial des communes entre un pôle aisé ouest et sud-ouest partant du cœur de Paris et des secteurs défavorisés au nord et à l'est de Paris qui concentrent la plupart de quartiers relevant de la politique de la ville » (Fouchier, 2010). C'est alors que la région Ile-de-France se présente à la fois comme première région de France à différents niveaux, et comme la région métropolitaine la plus inégalitaire car les écarts de niveaux de vie y sont les plus importants (Bayardin et al., Insee 2017). En ce qui concerne les inégalités sanitaires de la région, elles renvoient premièrement à des inégalités de l'accès aux soins. En effet, le journal Le Monde rapporte dans un article⁹ que la région Ile-de-France « constitue le premier désert médical du pays. Soit la région dans laquelle le plus grand nombre d'habitants rencontrent des difficultés d'accès à un médecin généraliste [...] La situation n'est pas nouvelle, mais elle s'aggrave ».

Compte tenu du statut particulier l'Ile-de-France, nous pourrions nous demander dans quelle mesure les disparités spatiales régionales reflètent-elles les caractéristiques et les disparités du déploiement territorial des CPTS franciliennes.

Le constat de l'inégal déploiement des CPTS préalablement établi par le projet de recherche CaPiTaleS mène à la principale hypothèse suivante : le contexte territorial inégalitaire de l'Ile-de-France, aussi bien d'un point de vue démographique et socio-économique que sanitaire, détermine les dynamiques de déploiement des communautés. De ce fait, le contexte francilien ne fait que de renforcer les inégalités relatives au développement spatial des CPTS. De plus, le déploiement des communautés pourrait se révéler fortement freiné dans les territoires où sévissent les déserts médicaux les plus importants de la région.

⁸ Disparités que nous démontrerons au cours de l'argumentation.

⁹ « Déserts médicaux : en Ile-de-France, 62,4 % de la population en zone « rouge » », Le Monde mars 2022

A partir de l'identification des CPTS existantes sur le territoire francilien, nous tenterons de mettre en évidence les facteurs de différenciation territoriale à l'œuvre dans l'émergence de ce dispositif dans le terrain d'étude. Pour ce faire, nous débuterons l'argumentation avec un cadrage théorique relatif au développement des CPTS et de leur place dans le paysage des soins primaires en France. Nous couplerons ce cadrage théorique avec un cadrage méthodologique propre à la mise en place de l'état des lieux des CPTS. La seconde partie de ce mémoire sera proprement dédiée à l'état des lieux des CPTS de la région au travers de la caractérisation des dynamiques de déploiement territorial des CPTS franciliennes. Cette partie proposera en outre une caractérisation des CPTS en fonction des modes de structurations qui seront identifiés. Enfin, nous mobiliserons l'ensemble des éléments abordés au cours de cette première partie afin de mettre en évidence la pertinence de la structuration des CPTS au regard des inégalités de santé et des inégalités socio-économiques de la région.

PARTIE I - CADRAGE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE
POUR LA REALISATION D'UN ETAT DES LIEUX DES CPTS
D'ILE-DE-FRANCE.

1. Evolution de l'organisation des soins primaires en France : un regain d'intérêt pour l'action locale en santé ?

1.1 Santé, soins primaires et territorialisation de l'offre de soins en France.

Afin de s'approprier au mieux les enjeux autour de l'organisation territoriale des soins primaires, il convient de revenir sur la définition de la santé d'une façon générale et telle qu'elle peut être abordée par la discipline géographique.

Selon l'OMS, la santé ne recouvre non seulement la dimension curative mais aussi bien l'ensemble des facteurs qui concourent à un « état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et constitue « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS, 1946). Cette approche de la santé est également défendue par la Charte d'Ottawa (1987) qui soutient que la « santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables »¹⁰. Ces exigences sont portées par différents déterminants de la santé, qu'ils soient d'ordre biologiques, sanitaires, environnementaux ou même socio-économiques. En effet, en plus des facteurs d'ordre individuels (biologie humaine, vieillissement), les déterminants de la santé sont aussi relatifs aux dispositifs de santé et ceux liés à la qualité de l'environnement physique et humain. La santé d'un individu relève donc d'une combinaison complexe de facteurs, ou *faits de santé*, au sein d'un « espace donné [et qui] exposent différenciellement des populations à certains risques pathogènes exogènes, et qui distribuent inégalement dans l'espace des populations exposées à tel ou tel risque propre. On définit ainsi comme fait de santé tout facteur jouant en un lieu sur l'état de santé de sa population » (Salem, 1995). L'espace se présente tel un support des faits de santé où s'organisent notamment les organisations des dispositifs d'offre de soins. Mais nous pouvons également nous interroger dans quelle mesure ce dernier est également producteur d'inégalité de santé. Ces questionnements renvoient au concept de *La production de l'espace*, théorisé par H. Lefebvre (1974). En tant que « produit », l'espace géographique n'est pas un « donné naturel, mais [...]

¹⁰ Parmi ces conditions préalables, nous retrouvons l'accès au logement décent, l'accès à l'éducation, la disposition d'un certain revenu, un environnement « sain », un apport durable de ressources ainsi que l'accès et le droit à une justice sociale.

une réalisation collective des sociétés » (Di Méo, 2003). Lefebvre donne un « sens large » au terme de production en lui assimilant à la fois la notion d'espace-produit et la notion d'espace-producteur. De fait, les effets de la production « peuvent rétroagir sur les causes qui les ont provoqués » (Adam, 2019). Selon ce concept, nous pourrions premièrement considérer que les faits de santé (et les inégalités qui en découlent) participent à la caractérisation de l'espace qu'ils investissent et produisent donc un espace, voire un territoire, de santé. Inversement, les caractéristiques d'un territoire et la territorialisation du système de soins peuvent être productrices d'inégalités de santé.

Le développement et le renforcement des dispositifs en lien avec les soins primaires dans les territoires de proximité par les pouvoirs publics tendent à répondre à deux problématiques majeures selon Y.Bourgueil et al. (2021) :

- 1) « L'évolution de la demande sociétale de soins, due au vieillissement de la population et à la multiplication des maladies chroniques et des situations complexes »
- 2) « La lutte contre les déserts médicaux, c'est-à-dire contre le déficit d'offre de soins sur certains territoires »

L'offre et l'accessibilité des soins primaires sont déterminantes pour la gestion de ces deux enjeux puisque dans l'ouvrage *Les soins primaires en question(s)* (Bourgueil et al., 2021), les auteurs estiment que les soins primaires, notamment au travers du mode d'exercice coordonné, offre un service de soins « plus large » et « plus complet » tout en assurant un « souci d'équité ». L'exercice « coordonné et collectif » participe également au maintien des professionnels de santé au sein des territoires particulièrement marqués par un déficit de l'offre de soins puisque ce mode d'exercice participe à l'attractivité de leur environnement de travail. Le système de soins primaires s'est historiquement « composé de professionnels libéraux indépendants, [les centres de santé,] où les soignants sont généralement salariés [...] ont longtemps été combattus par la médecine libérale, qui y voyait un modèle opposé à ses

principes¹¹ ». De plus, bien que « porteur d'enjeux majeurs pour l'avenir » (Bourgueil, 2009) le système de soins primaires peine à s'imposer face à « l'hospitalo-centrisme »¹².

Si une série de réformes visant l'évolution de l'organisation des soins vers un « modèle plus hiérarchisé de soins primaires » est entreprise depuis les années 1990, c'est la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui introduit véritablement « la notion d'équipe en soins primaires [...] utilisée dans un sens très large [et] qui intègre aussi les maisons de santé pluriprofessionnelles et les [centres de santé] »¹³. Ces deux types d'établissements antérieurs aux CPTS avaient déjà pour vocation de mettre en place un « projet de santé sur un territoire et pour une population ». Toutefois, à l'inverse de ces premiers dispositifs, la CPTS apporte une dimension pleinement territoriale. En effet, il s'agit d'une communauté spatialement délimitée et ne se cantonne pas à un lieu. Les CPTS proposent ainsi un nouveau découpage de l'espace. Pour autant, cette notion de découpage spatial dans le cadre d'un projet sanitaire n'est pas inédite. En effet, une série de lois relatives à la territorialisation du système de santé en France est promulguée depuis les années 1970.

Lois portant sur la réforme hospitalière

- **1970 - Loi Boulin** : instauration de la carte sanitaire (découpage de l'espace géographique en 256 secteurs sanitaires et qui vise notamment un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers).
- **1991 - Loi Evin-Durieux** : renforcement de la planification sanitaire avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) (Evaluation des enjeux sanitaires à l'échelle régionale)

Loi portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

- **2003 – Plan Mattei** : dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », plan qui vise à simplifier les outils de planification et du régime des autorisations (suppression de la carte sanitaire, mise en place des territoires de santé)

¹¹La médecine libérale est caractérisée par un mode d'exercice indépendant. La Charte de la médecine libérale (1927) réfère aux principes fondamentaux pour la pratique médicale dont la liberté d'installation et de tarification.

¹² Bourgueil (2009) explique que le système de santé français connaît un cloisonnement dû à la « hiérarchisation de l'ordre médical entre médecine spécialisée, hospitalière et académique d'une part, et médecine générale, ambulatoire et libérale de l'autre ».

¹³ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

- **2009 – Loi HPST** : Création des Agences régionales de santé (ARS), mise en place des communautés hospitalières de territoire

Loi de modernisation de notre système de santé

- **2016 – Loi LMSS** : remaniement du projet régional de santé avec la mise en place d'un schéma régional de santé unique, remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire, création du dispositif des équipes des soins primaires (ESP) et des CPTS

Encadré 1 Historique des dispositifs menant à des zonages pour l'action sanitaires (source : Réformes de santé en France, C. Calvez - Service documentation EHESP, septembre 2021)

1.2 Les CPTS, un nouveau dispositif de structuration et de coordination territoriale des soins primaires en France.

Le dispositif des CPTS tend à devenir le « cadre de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville à l'horizon 2022 » (IGAS, 2018). Nous verrons dès à présent les grands enjeux autour déploiement des CPTS pour la structuration territoriale des soins primaires en France.

1.2.1 Définition approfondie de la CPTS et de son mode de fonctionnement.

Selon la définition législative, une CPTS est un dispositif qui regroupe « les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile...» (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2016). Ce projet repose donc sur le contexte territorial d'une communauté. Il cible une population, et non une patientèle, ce qui la diffère en partie, de la pratique isolée voire rassemblée des praticiens. Il s'agit alors de mieux structurer les soins de premiers recours, d'accompagner et mettre en valeur les initiatives des acteurs locaux pour mieux adapter l'organisation du système de santé afin de mieux tenir compte des spécificités territoriales. Cette démarche s'inscrit également dans la lutte contre les déserts médicaux et le déficit démographique en professionnels de santé.

En tant que dispositif qui structure l'organisation des soins primaires, la CPTS participe à favoriser l'entrée du patient dans son parcours de soins. Dans le cas où le paysage sanitaire et social français se présente complexe à cause de la diversité des acteurs et de leurs missions (Riffaud & Coulouma, 2007), la figure du médecin généraliste se révèle comme un véritable rôle pivot (Babinet & Bagnis, 2021) pour cette entrée dans le parcours de soins¹⁴. Néanmoins, la demande sociétale de soins est d'autant plus en augmentation face à la baisse des ressources de soins disponibles. Cette baisse constatée renvoie à des changements de la pratique médicale et une offre de soins insuffisante qui ne couvre pas les besoins en santé de plus en plus accrus de la population (Bourgueil, 2017; Bourgueil et al., 2021).

a) L'Accord conventionnel interprofessionnel (2019)

Bien que les CPTS aient été créées en 2016, c'est la mise en place de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) entre les CPTS, les agences régionales de santé (ARS) et les caisses primaires d'assurances maladies (CPAM) le 20 juin 2019 qui marque un tournant majeur pour le déploiement de ce dispositif (Odier & Falcoff, 2021). En effet, cet accord mène à la création d'un modèle de financement de l'exercice coordonné au sein des CPTS¹⁵. 40 syndicats issus de 15 professions de santé différentes ont contribué à sa mise en place. La formalisation de l'ACI se présente comme un plan de consolidation du dispositif des CPTS et porte l'ambition de généraliser cette forme d'exercice coordonné. Afin d'adhérer au programme de financement, une CPTS doit soumettre un projet de santé territorial à son ARS. Ce dernier doit être construit sur la base d'un diagnostic territorial et en cohérence avec le projet régional de santé. Afin de favoriser les validations de projet, l'ARS rend possible un accompagnement lors de la phase de démarrage du projet de santé.

¹⁴ En effet, depuis la promulgation de la loi d'août 2004 relative à l'assurance maladie, le médecin généraliste s'est vu conférer la qualité de médecin traitant. En tant que médecin de référence, il doit assurer un premier niveau de recours aux soins et de coordonner le parcours de son patient en l'orientant vers des médecins spécialistes. Toutefois, selon une enquête réalisée par l'association UFC Que-Choisir (2019), près d'un médecin généraliste sur deux refuse de prendre de nouveaux patients, laissant alors 20% des Français sans médecin traitant.

¹⁵ Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

b) Les missions et le statut institutionnel des CPTS

Avant la mise en place de l'ACI, il n'était pas attendu que les CPTS développent des missions « fixes et prédéterminées » (ARS IDF, 2017) mais qu'elles agissent plutôt en termes d'objectifs. En revanche, le contrat de l'ACI impose six missions aux CPTS. Deux niveaux de missions sont identifiés :

- Les missions obligatoires dites « missions socles »
- Les missions complémentaires dite « missions optionnelles »

Missions socles	Missions optionnelles
<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville, développer le recours à la télésanté - Mission en faveur de l'organisation des parcours pluriprofessionnels pensés autour du patient : la CPTS se doit d'offrir une meilleure visibilité du tissu des professionnels de santé - Mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> - Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins - Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Tableau 1 Les missions des CPTS

Ainsi, une CPTS permet l'optimisation des activités professionnelles de ses membres pour produire une offre de soins optimale au sein de son territoire. De ce fait, une CPTS répond aux trois niveaux de services attendus par le système de santé (Leicher, 2019) à destination :

- Du patient : soins, détermination des facteurs de risque, personnalisation des démarches de prévention, de dépistage, de promotion de la santé.
- De l'ensemble de la patientèle : disponibilité, accessibilité, commodité financière et acceptabilité – soit les cinq dimensions de l'accès aux soins telles que définit par R. Penchansky et JW. Thomas en 1981.
- De l'ensemble de la population : promotion de la santé publique, bonne organisation du système de santé, facilitation des parcours, la protection des personnes grâce à des démarches collectives.

L'ACI implique plusieurs étapes de formalisation en lien avec les étapes de la mise en place du projet de santé qui précède le déploiement des missions. Ces étapes renvoient à quatre différents statuts de déploiement. Les ARS différencient alors les initiatives de projets de CPTS connues par l'ARS des CPTS formalisées :

Initiative de projet de CPTS connue de l'ARS	CPTS formalisée
<p>Etape 1 : déclaration d'intérêt sans formalisation</p> <p>Etape 2 : début de formalisation</p>	<p>Etape 3 : Les CPTS dont l'ingénierie de projet est en cours¹⁶</p> <p>Etape 4 : Les CPTS en fonctionnement</p>

Tableau 2 Les statuts d'institutionnalisation des CPTS

c) Déploiement des missions et financement d'une CPTS

La mise en place des différentes missions répond aux exigences d'un calendrier de déploiement. Ce dernier implique un démarrage au plus tard six mois après la signature du contrat. Les missions en faveur de l'accès aux soins doivent se déployer au plus tard dix-huit mois après ladite signature. Un an après la mise en place de l'ACI, les deux autres missions

¹⁶ L'ingénierie de projet correspondant à l'élaboration du projet de santé de la CPTS en accord avec le projet de santé régional

socles ont un délai de deux ans pour être développées. En ce qui concerne les missions optionnelles, les CPTS peuvent établir leur propre calendrier de déploiement.

Le financement des CPTS consiste à deux formes de contributions : celles dédiées au fonctionnement de la CPTS et celles propres à chaque mission exercée. La hauteur du financement pour le fonctionnement d'une CPTS dépend de la taille de cette dernière. L'ACI comprend une typologie de taille qui repose sur le critère du nombre d'habitants au sein du territoire de la CPTS. En ce qui concerne le financement des missions de la CPTS, l'ACI stipule que le niveau du financement est évalué en fonction de l'atteinte des objectifs fixés par le projet de santé. L'ACI propose également un soutien logistique et financier sur une durée de 5 ans renouvelables. En plus de la validation du projet de santé, le contrat retient la modalité d'éligibilité relative au statut juridique de la CPTS. Bien qu'il s'agisse d'une formation qui n'exige pas un statut spécifique, le statut de l'association loi de 1901 est privilégié puisque ce statut présente une certaine souplesse pour l'organisation d'une communauté (et par conséquent, pas de capital et de cotisations sociales exigées).

Taille des CPTS	Population	Financement annuel total possible
Taille 1	Moins de 40 000 habitants	175 000 €
Taille 2	Entre 40 000 et 80 000 habitants	230 000 €
Taille 3	Entre 80 000 et 175 000 habitants	300 000 €
Taille 4	Plus de 175 000 habitants	360 000 €

Tableau 3 Taille et financement des CPTS

A mesure qu'une CPTS est grande par son nombre d'habitants, les niveaux de financements sont élevés.

d) Les CPTS, une extension des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ?

Pour saisir davantage les enjeux que représente une CPTS, il est intéressant d'identifier ce qui la diffère des autres dispositifs de regroupement de soins primaires mis en place, tels que les MSP. La sociologue N.Vezinat a rappelé que l'exercice regroupé de la médecine n'est pas un « phénomène atypique » depuis l'essor des réseaux de santé (Vezinat, 2021 ;

Schweyer, 2005). Le dispositif de la CPTS se présente alors comme une suite logique aux créations et aux déploiements des dispositifs issus des politiques de réorganisation de soins primaires (Hassenteufel et al., 2020). Une MSP est une structure qui rassemble au sein d'un même lieu un ensemble de services de santé primaires. Créées en 2007, ces regroupements de professionnels de santé figurent comme un moyen de maintien de l'offre de santé pour la patientèle d'un territoire (Clément et al., 2009). Néanmoins, la MSP produit des soins tandis que la CPTS coordonne les acteurs qui produisent les soins sur un territoire donné. Depuis leur création, il a été relevé que les dynamiques d'implantation des MSP ne se sont pas accompagnées des évolutions organisationnelles qui étaient attendues d'elles (Bartoli & Sebai, 2015). En effet, la CPTS peut se défendre d'être le premier dispositif regroupant tous les acteurs de santé et créer ainsi un véritable réseau entre l'ensemble des professionnels d'un territoire (Ferru & Omer, 2021). Cette affirmation est effective à mesure que la majorité des acteurs de santé d'un territoire participent à la coordination des soins organisée par une CPTS. Néanmoins M. Ferru et J. Omer précisent que la CPTS est un réel outil de « rationalisation territoriale » puisqu'elle intègre les différents dispositifs de soins qui se sont antérieurement développés au sein de son territoire. Il est alors tout à fait concevable que différentes structures de soins, comme les MSP, s'associent dans le cadre d'une CPTS.

1.2.2 Le territoire en question : en quoi la CPTS constitue une nouvelle échelle territoriale ?

a) L'échelle d'action de la CPTS

Contrairement au MSP, une CPTS investit un territoire et non un lieu. Depuis la création du dispositif des CPTS, certaines ARS et structures publient des guides pratiques à destination des acteurs d'une communauté (ARS Ile-de-France, 2017, Fédération Française des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle, FFMPs, 2019). Ils constituent des supports d'aide à la mise en place de CPTS, notamment pour identifier le territoire de la communauté. Selon le guide pratique de la FFMPs, l'échelle de la CPTS et celui du « territoire du possible, le territoire qui donne le sens. [...] Une délimitation administrative de la CPTS ne serait pas opportune ». La CPTS, en tant qu'organisation territoriale, constitue le niveau « méso » des soins primaires, entre le niveau « micro » des équipes soignantes et le niveau « macro » des politiques de santé (Leicher, 2019).

Niveau	Structuration des soins primaires	Echelle
Macro	Politiques de santé (tutelles, assurance maladie, syndicats, fédérations des professionnels)	La population de la région, du pays
Méso	Organisation territoriale (CPTS)	La population du territoire (20 000 à 200 000 personnes)
Micro	Organisation des équipes (MSP, Centres de santé, Equipes de soins primaires)	Une patientèle (10 000 personnes)
Nano	Interaction d'un professionnel avec un patient	Une personne, une famille

Tableau 4 Les différents niveaux des soins primaires (source : Retour d'expérience : la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement)

Le niveau « méso » correspond au niveau dans lequel les professionnels de santé ont à leur charge la « responsabilité populationnelle » puisqu'ils sont en mesure de se « responsabiliser collectivement vis-à-vis de la population » (Leicher, 2019; Odier & Falcoff, 2021). En plus de mettre en exergue la primauté de la population dans l'élaboration d'un projet de CPTS, ces différents éléments interrogent la notion de participation et des démarches participatives dans la constitution des communautés de professionnels de santé au sein d'un territoire. L'agence *Public Health England* considère l'implication de la population dans la gestion des soins primaires comme un « levier central pour l'amélioration de la santé et de la réduction des inégalités ». C'est ainsi que la stratégie nationale visant l'intégration des représentants d'usagers à toutes les échelles de la gouvernance du système de santé a été entreprise (Cachard, 2020). Nous pourrions alors nous demander dans quelle mesure la population peut-elle être amenée à participer dans la constitution d'une CPTS. Il a été montré que la démocratie sanitaire de laquelle découle les démarches participatives est de faible portée au sein des CPTS (Leicher, 2019).

b) Les territoires de la CPTS

Il n'y a aucune contrainte pour la délimitation du territoire d'une CPTS. La législation exige seulement qu'elles n'aient pas un périmètre qui s'enchevêtre avec une autre communauté. L'ARS Ile-de-France a par ailleurs émis dans son guide pratique quelques points de vigilance. Il est alors conseillé aux CPTS de ne pas avoir un territoire trop étendu puisqu'une CPTS trop grande pourrait rencontrer des difficultés supplémentaires en ce qui concerne la fédération des professionnels de santé du territoire et la mise en application de son projet de santé. Il faut également que le territoire ne soit pas trop petit afin de préserver la dimension populationnelle (minimum 20 000 habitants selon le tableau 4 page 22). L'ARS Ile-de-France indique également que le périmètre d'une CPTS doit être de préférence un périmètre infra-départementale. Les professionnels de santé peuvent se référer aux territoires administratifs déjà établis : une commune, une agglomération ou une collectivité de commune ou encore un canton. De manière générale, le territoire de la CPTS est résolument celui de l'échelle locale. Ainsi, ce territoire renvoie à celui de « l'espace vécu » (Frémont, 1976). L'espace vécu¹⁷ est celui des pratiques quotidiennes, et par extension, l'espace de vie et des interrelations sociales. Pour appliquer cette notion aux CPTS, il faudrait penser l'espace vécu d'une population en termes de pratiques et d'accessibilité aux soins. Dans une étude de C. de Fontgalland et M. Rouzard-Cornabas (2020) portant sur le processus de territorialisation des pratiques de santé ayant mené aux CPTS, une cartographie des flux de patientèle de la région Centre-Val-de-Loire a constitué une base à la réflexion des professionnels de santé pour penser le périmètre des territoires de soins vécus et ainsi envisager les projets de santé appliqués aux CPTS. C. Leicher (2019) parle aussi des « territoires fonctionnels ». Néanmoins, ce procédé présenterait selon lui quelques limites : « Cela laisserait de côté tous ceux qui n'ont pas de professionnel de santé habituel, ceux qui n'en connaissent pas, ceux qui ne consultent pas, ceux qui sont exclus du système car sans droits ».

¹⁷ Entrée « espace vécu » du glossaire Géoconfluences (<https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/espace-vecu#:~:text=Selon%20ce%20courant%2C%20l'espace,un%20groupe%20puisse%20se%20construire.>)

1.3 Un premier bilan des dynamiques de déploiement du dispositif des CPTS en France au cours de la période 2016-2018.

Bien que les CPTS soient le reflet d'un changement de paradigme (Leicher, 2019) dans l'organisation de l'offre de soins et des professionnels de santé, quelques obstacles à leur déploiement ont été relevés (Rist & Rogez, 2020). En 2018, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publie un rapport¹⁸ sur le déploiement des CPTS en France. Ce premier bilan estime que le soutien public à l'émergence des CPTS a été modeste, et ce tant sur le plan des politiques régionales que sur le plan des financements. Il a été rapporté que le « déploiement des CPTS n'a, ni été encadré, ni réellement soutenu » par les instances publiques. Le rapport souligne également une mauvaise représentation de la CPTS dans le champ des soins primaires ainsi qu'une certaine illisibilité de son système de coordination « juridiquement moins intégré » qu'une MSP par exemple en raison de la « liberté laissée par la loi [« large et générique » qui] a favorisé l'émergence d'une grande variété de projet ». Ainsi, la souplesse d'organisation du dispositif accordée aux CPTS apparaît aussi bien comme un levier à la mise en place des CPTS qu'un frein à leur déploiement. Toutefois, depuis l'avènement de l'ACI, le déploiement des CPTS s'est révélé particulièrement dynamique. Entre octobre 2020 et mai 2022, le nombre de CPTS en France et en Ile-de-France a été multiplié par six.

	CPTS en 2020 (octobre)	CPTS en 2021 (décembre)	CPTS en 2022 (mai)
France	123	238	713
Ile-de-France	18	44	109

Tableau 5 Evolution du nombre de CPTS en France et en Ile-de-France entre octobre 2020 et mai 2022 Sources : ARS Ile-de-France (2020, 2021, 2022), FNCPTS (2022), DGOS (2021)

¹⁸ Rapport commandé par le ministère de la Santé et des Solidarités et en appui pour la DGOS, ce rapport propose également une stratégie de déploiement pour les CPTS.

1.3.1 Les CPTS en France en 2022 : l'Ile-de-France, première région française en termes de CPTS ?

A l'échelle nationale, les CPTS sont inégalement réparties à travers les différentes régions de France métropolitaine.

Région	CPTS	Part de la population régionale vivant dans une CPTS
Ile-de-France	118	60%
Auvergne-Rhône-Alpes	106	60%
Occitanie	88	60%
Nouvelle-Aquitaine	76	30%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	71	60%
Hauts-de-France	54	60%
Grand Est	44	60%
Pays de la Loire	40	60%
Bourgogne-Franche-Comté	35	60%
Centre-Val de Loire	33	100%
Bretagne	17	60%
Normandie	15	30%
Corse	3	60%

Tableau 6 Adaptation de la cartographie des CPTS de France de la FNCPTS (juin 2022)

L'Ile-de-France est la région qui a déployé le plus de CPTS, suivies des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie. Leurs importants effectifs de CPTS n'équivalent pas pour autant à une part maximale de leur population régionale vivant au sein d'une CPTS. En effet, seule la région Centre-Val-de-Loire, et ses 33 CPTS, sont parvenues à couvrir 100% de la population régionale. Notons par ailleurs que les trois dernières régions en termes d'effectifs de CPTS, soit les régions Bretagne, Normandie et Corse, ont des parts de population vivant au sein d'une CPTS comparables à la majorité des autres régions ayant déployé davantage de communautés. Ces données appuient le constat dressé par la littérature de l'inégal déploiement des CPTS mais elles rendent également compte que l'indicateur du nombre de CPTS au sein d'une région ne reflète pas l'efficacité du maillage territorial de ce dispositif. Le nombre de CPTS déployées se présente comme un indicateur limité qu'il faut nécessairement confronter avec d'autres données territoriales prenant en compte les paramètres relatifs à la population.

Cependant avec 40% des Franciliens qui vivraient en dehors d'un territoire de CPTS, il ne paraît pas évident de définir la région Ile-de-France comme la région ayant le mieux déployé le dispositif de CPTS à l'échelle nationale. Pour mieux caractériser le déploiement des CPTS franciliennes, il conviendra de procéder à l'analyse de leur répartition à l'échelle infrarégionale à travers un état des lieux. Ce choix de terrain d'étude est d'autant plus pertinent que cette région est considérée comme une des plus déficitaires en offre de soins (Babinet et Bagnis, 2021).

1.3.2 L'Ile-de-France, premier désert médical de France ?

Les territoires qui connaissent une insuffisante offre médicale compte tenu des besoins de santé de leur population sont désignés par le terme de « désert médical », bien qu'il est préférable de privilégier l'expression de « territoire sous-dense en médecins » (Babinet & Bagnis, 2021). En effet, le terme de « désert » se révèle ambigu lorsqu'il s'agit de définir l'offre médicale d'un territoire. Ce terme ne fait pas référence tout à fait à la définition classique que nous connaissons du désert, soit comme une zone aride et peu habitée¹⁹. Cette expression imagée ne couvre pas de façon précise la pluralité des problématiques d'accès aux soins (Chevallard et al., 2018) mais également de leur accessibilité. L'accès aux soins correspond à la mesure d'un fait « observable à partir de donnée d'utilisation des services de santé ou de données d'enquêtes » (Barlet et al., 2012) tandis que l'accessibilité renvoie plutôt à la potentialité de la capacité à se rendre dans un lieu ou d'avoir accès à un service.

M.F Guagliardo (2004) pense l'accès aux soins en différentes étapes et dimensions. Les étapes distinguent le recours aux soins potentiels et le recours aux soins acquis, réalisables. La potentialité de recours aux soins est effective lorsque l'offre et la demande « coexistent » dans un territoire donné. Le zonage conventionnel des médecins généralistes en Ile-de-France a montré que cette potentialité de recours aux soins est assez limitée. De plus, afin dépasser le stade de potentialité, un certain nombre d'obstacles doit être également franchi. Ces obstacles font donc références aux cinq dimensions de l'accès aux soins telles que définies par R. Penchansky et J.W. Thomas (1981). Il s'agit de la disponibilité et de l'accessibilité des soins ainsi que de la commodité financière et de l'acceptabilité de la part des patients envers les praticiens. Ainsi, une dimension sociale rentre en cause dans les limites

¹⁹ Selon Le Robert (dictionnaire en ligne)

de l'accès aux soins. Elle relève d'un ordre économique avec la condition de la commodité financière et d'un ordre culturel avec la condition de l'acceptabilité. L'accessibilité aux soins représente alors un réel enjeu puisqu'elle conjugue les questions d'équité spatiale et d'exclusion sociale (Zembri, 2020).

Selon l'union régionale des médecins libéraux (URPS) de l'Ile-de-France, la région est désormais le « premier désert médical de France métropolitaine pour l'accès au médecin généraliste »²⁰. Ce constat a été établi à la suite de la parution du zonage 2022 de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS IDF) (cf. annexe 1 page 91) qui démontre que 7,5 millions de Franciliens vivent en zone d'intervention prioritaire (ZIP)²¹. Selon le site de l'ARS IDF, la région connaît une importante diminution du nombre de médecins généralistes libéraux. Les facteurs explicatifs sont nombreux : de nombreux départs en retraite, une faible installation de nouveaux médecins ou encore la perte d'attractivité de la spécialité et ses conditions de travail. Pour pallier ce phénomène et viser l'amélioration de l'accès aux soins, l'ARS cible dans ses actions ces zones géographiques caractérisées par une faible offre médicale ou qui éprouvent des difficultés dans l'accès aux soins. La mise en place de ce zonage permet d'établir des aides individuelles et collectives à l'installation et/ou au maintien des médecins généralistes en fonction de chaque réalité locale.

2 Cadrage méthodologique pour la réalisation d'un état des lieux des CPTS d'Ile-de-France.

2.1 Méthodologie pour un état des lieux à visée exploratoire.

La sous-partie précédente rend compte de la nécessité d'un travail préalable de documentation général sur le fonctionnement des CPTS pour la réalisation de l'état de leur état des lieux en Ile-de-France. En plus des articles scientifiques principalement rédigés par

²⁰ D'après le communiqué de presse du 9 mars 2022 : « L'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins libéraux et la Métropole du Grand Paris lancent un cri d'alerte sur la désertification médicale et présentent leurs pistes d'action » <https://www.urps-med-idf.org/desertification-medicale-ile-de-france/>.

²¹ Pour lutter contre la désertification médicale et améliorer l'accès aux soins, l'ARS détermine les zones géographiques caractérisées par une offre médicale insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Ces territoires sont alors éligibles à des aides financières ou non pour inciter l'installation de professionnels de santé. Cette classification est reconduite au minimum chaque trois ans.

des professionnels de santé et publiés dans des revues de santé publique ou de sciences sociales²², j'ai aussi mobilisé un ensemble de productions réalisées par les ARS qui se présentent tels des guides pratiques à la mise en place de CPTS au sein d'un territoire. De plus, le rapport de l'IGAS qui délivre un premier bilan du déploiement des CPTS en 2018 a constitué une réelle base pour l'élaboration de ma problématique et a soutenu mes différentes réflexions. En effet, ce rapport rend compte des différents paramètres qui ont pu causer la lente dynamique de déploiement des CPTS sur le territoire national au cours de la période 2016-2018. Aussi, ce document s'est révélé très utile pour l'apport d'un regard critique et analytique des indicateurs mobilisés pour la caractérisation des CPTS d'Ile-de-France.

Le choix des indicateurs mobilisés pour l'état des lieux vise à rendre compte de la multiplicité des « sous-territoires » de la région Ile-de-France et de ce fait, de la diversité des profils de CPTS. Le rapport de l'IGAS évoque un projet de typologie « des profils types de CPTS » mais celle-ci renvoie à la « nature de territoire » qui distingue les CPTS selon leur appartenance à un territoire rural, semi-rural, péri-urbain ou encore urbain dense. Compte tenu de la diversité des CPTS franciliennes (en termes de taille, de périmètre et de caractéristiques sanitaires et sociodémographiques) et de la multiplicité des « sous-territoires » de la région que je souhaite démontrer au cours de ce mémoire, un projet de classification de ces communautés allant au-delà de la nature du territoire a été envisagée. Ce projet de typologie s'est notamment inspiré de la classification socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie métropolitains²³ développée par G. Chevillard et J. Mousquès en 2018. Il s'agirait ici de reprendre la méthodologie²⁴ appliquée à l'échelle des territoires de vie à l'échelle des CPTS.

Pour autant, ce mémoire ne porte pas pour ambition un état des lieux des CPTS d'Ile-de-France complet et définitif. En effet, il favorise une approche exploratoire du déploiement

²² Cf. Références bibliographiques

²³ Dans le cadre de leur étude portant sur l'approche de la qualité de vie dans les territoires pour l'Insee, Reynard et Vialette (2014) identifient 2 677 territoires de vie, soit des bassins de vie de plus de 50 000 habitants.

²⁴ Méthodologie qui repose sur une analyse en composante principale de 32 variables retenues (sur l'offre de soins, la population ainsi que sur l'attractivité et la structure des territoires) et sur une classification ascendante hiérarchique résultant en six différents types de territoire socio-sanitaire.

et des caractéristiques des CPTS franciliennes, tels qu'ils ont pu être observés au cours de la période de réalisation de mon stage de master 1. Toutefois, cette démarche exploratoire constitue une étape importante pour l'appropriation des enjeux autour de la mise en place d'une telle classification puisqu'elle permet de mobiliser les premiers matériaux nécessaires à la conception d'une typologie et donne à voir l'état du déploiement des CPTS à un temps donné.

Plus simplement, cet état des lieux propose une première lecture géographique des dynamiques de déploiement des CPTS franciliennes. Le choix des indicateurs s'appuie sur la littérature produite sur les caractéristiques sociodémographiques de l'Ile-de-France et sur les liens entre inégalités sociodémographiques et la santé des individus. Le nombre d'indicateurs mobilisés a été volontairement limité afin de mettre en évidence les principaux éléments de contextualisation des territoires des CPTS. Chaque exploitation d'indicateurs sera ramenée à l'échelle des CPTS et fera l'objet d'une cartographie. Pour autant, nous solliciterons différentes échelles géographiques afin de mieux replacer dans leur contexte les territoires des CPTS franciliennes.

Les cartes qui représentent les CPTS selon les différents indicateurs constituent un des principaux produits de ce mémoire. Leur élaboration a nécessité la construction d'une base de données sur les CPTS d'Ile-de-France. Cette base de données a été réalisée à partir d'un travail d'inventaire des sources de données disponibles pour élaborer l'état des lieux. Ainsi, trois principales sources de données sur les CPTS ont été mobilisées :

- L'ARS Ile-de-France et Santégraphie
- La Fédération Nationale des CPTS (FNCPTS)
- Ministère de la Santé et de la Prévention

D'autres sources de données ont été repérées mais ne se sont pas révélées particulièrement exploitables, notamment celles qui renvoient aux sites internet de certaines CPTS. Ces sources ont été écartées puisque toutes les CPTS ne délivrent pas le même niveau d'informations ce qui aurait rendu le traitement des données inéquitable.

La base de données réalisée s'est donc faite à partir d'annuaires des CPTS de France et/ou d'Ile-de-France. Elle aborde une approche des CPTS pleinement descriptive. De ce fait, le recueil des données s'est limité à quelques variables et leur croisement s'est heurté à des

limites relatives à leur actualisation. En effet, la non-actualisation de certaines données ont questionné leur fiabilité et ont pour principale conséquence un nombre de CPTS en Ile-de-France différents selon les trois bases de données exploitées.

Ainsi, les dernières données mises à jour exploitées de l'ARS Ile-de-France et de la FNCPTS datent du mois de mai 2022. L'ARS Ile-de-France recensait alors 109 CPTS contre près de 120 pour la FNCPTS. Les données produites par le ministère de la Santé et de la Prévention ont été mises à jour pour la dernière fois au mois de décembre 2021. De ce fait, leur cartographie ne recense que 68 CPTS.

La base de données de l'ARS Ile-de-France a été privilégiée car il s'agissait de la base la plus complète en termes d'informations et en d'accès et en termes d'accessibilité²⁵.

2.2 Lecture critique des sources de données mobilisées pour l'état des lieux des CPTS d'Ile-de-France.

2.2.1 Les données de l'ARS Ile-de-France Santégraphie.

Les données de l'ARS Ile-de-France ont été présentées par la plateforme Santégraphie²⁶ (cf. Annexe 2 page 93). Afin de comprendre comment les données sur les CPTS ont été produites par l'ARS Ile-de-France, un entretien avec le chef de projet géomaticien en charge de la cartographie des CPTS francilienne, A. Necha, a été réalisé. Cet entretien a plus précisément porté sur la production des données, leur actualisation ainsi que leur diffusion. La base de données sur les CPTS a été conçue fin 2019 bien que la cartographie soit mise à jour mensuellement depuis le premier trimestre 2021. La date de création de cette cartographie coïncide donc avec l'année de mise en place de l'ACI. L'enjeu de cette cartographie est alors de proposer un outil de suivi du déploiement des CPTS en fonction de leur étape de contractualisation avec l'ARS. Les données relatives aux CPTS sont saisies à partir de formulaires qui leurs sont destinés par les délégations départementales des ARS. Certaines informations relatives aux activités des CPTS ont été volontairement omises car

²⁵ L'accessibilité des données renvoie aux informations consultables et exploitables en ligne. La plateforme Santégraphie propose une accessibilité complète des informations sur les CPTS de l'Ile-de-France tandis que le site de la FNCPTS est en partie réservé aux adhérents de la fédération.

²⁶ Il s'agit d'un système d'information géographique coréalisé par l'ARS Ile-de-France et le service numérique de santé SESAN.

elles ont été jugées difficilement exploitables dans le cadre d'une cartographie d'inventaire des CPTS. En effet à propos des données qui concernent le nombre de professionnels intégré à une CPTS, le chef de projet a déclaré :

« On a une pseudo information sur le nombre de professionnels de santé inclus dans une CPTS. Mais c'est renseigné de façon partielle et pas forcément de manière très exhaustive [...] et puis c'est tellement mouvant que ce n'est pas quelque chose de très exploitable ».

Il a également été rapporté que les données sur les CPTS « bougent beaucoup ». Il existerait alors un délai entre les évolutions de création de CPTS sur le terrain et la réception des nouvelles informations par l'ARS. De plus, s'il y a une différence entre le nombre de CPTS présenté par l'ARS et celui présenté par la FNCPTS, c'est parce que la fédération recevrait les données relatives aux CPTS avant l'ARS. Ainsi les données des CPTS ne partagent pas la même « temporalité » selon les bases de données. De plus, l'ARS reconnaît une CPTS seulement si cette dernière présente au moins un statut de contractualisation en cours de formalisation. Le statut est alors un des indicateurs qui intéresse principalement l'ARS :

« Coté agence, notre but est que toute la carte soit verte et qu'il n'y a aucun territoire problématique ».

Les territoires « problématiques » font référence aux territoires en cours de conciliation facilement remarquables sur la cartographie consultable sur Santégraphie (cf. annexe 2 page 93) Cette indication est utile pour l'ARS puisqu'elle permet de voir :

« Les zones un peu conflictuelles, qui sont de moins en moins nombreuses et cela permet aux [agents des délégations départementales] de voir en un coup d'œil si une CPTS a un périmètre qui déborde un peu sur une autre CPTS qui est déjà en fonctionnement ».

Les territoires en cours de conciliation sont effectivement de moins en moins nombreux comme en atteste cette série de capture d'écran en annexe (Annexe 3 - Cartes de Santégraphie au cours de la période 2019-2022 page 94). Ces cartes rendent compte de l'importante évolution des périmètres des CPTS. Nous constatons même des évolutions parfois fulgurantes ou alors des CPTS qui disparaissaient, ou connaissent des changements de périmètres.

Le chef de projet géomaticien rapporte plusieurs facteurs à cette fulgurance :

« Notamment dans le 93 où toutes les CPTS sont toutes passées d'un statut non formalisé à un statut validé ». Toutefois, cela relève « plus d'un défaut d'actualisation de l'outil des [agents des délégations départementales puisque l'information] qui n'est pas remontée [...] [a été] renseignée d'un seul coup pour rattraper le retard. [...]. Pour d'autre [département], comme en Seine-et-Marne, [...] il y avait des dossiers de candidatures qui, finalement, ont été retirés ou retravaillés. En tout cas, à partir du moment où la CPTS est en cours de formalisation, donc en vert clair, elle ne disparaît plus de la carte ».

Nous constatons donc de fortes dynamiques relatives au déploiement des CPTS.

2.2.2 Comparaison avec les autres bases de données recensées : les données de la FNCPTS.

La représentation des CPTS d'Ile-de-France par la FNCPTS (cf. Annexe 4 page 95) est sensiblement la même que celle de l'ARS, à quelques différences près. Outre l'omission des statuts des étapes de la contractualisation de l'ACI et la figuration des limites communales, certaines CPTS ne présentent pas le même territoire en fonction des cartographies (cf. Annexe 5 page 96). Ce constat a été rapporté lors de l'entretien réalisé auprès de l'ARS. Il y a, premièrement, la considération du délai d'informations concernant les changements de périmètres qui existe entre les bases de données. De plus, l'ARS a parfois fait le choix d'inclure des communes qui n'ont pas été incluses au sein d'une CPTS en raison de son faible nombre d'habitants afin de rendre le périmètre de la communauté contigu. Les CPTS concernées par ce procédé n'ont pas été mentionnées dans la liste des communes intégrées à ces CPTS.

En ce qui concerne les particularités propres à la cartographie de la FNCPTS, un carton informatif précise le nombre de CPTS total par région et par département, mais aussi le nombre de CPTS dont la lettre d'intention en vue de la contractualisation de l'ACI validée, le nombre de CPTS aux projets de santé validé ainsi que le nombre de CPTS qui ont leur ACI signé. La FNCPTS reprend alors moins d'étapes de contractualisation que l'ARS et ne précise pas à quelle étape se trouve actuellement une CPTS. Aussi, certaines CPTS sont présentes sur la liste des CPTS régionales ou départementales sans pour autant figurer sur la carte. Il s'agit notamment de CPTS qui ne sont pas reconnues par l'ARS comme elles ne figurent pas non plus sur la cartographie de Santégraphie.

2.2.3 Les données du ministère de la Santé et des Solidarités.

La carte des CPTS d'Ile-de-France produite par le ministère de la Santé et de la Prévention (*cf.* Annexe 6 page 97) s'inscrit dans un atlas dédié aux CPTS en France. Les sources mobilisées pour la réalisation de cette cartographie renvoient à une enquête menée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Elle reprend également une typologie qui différencie les CPTS selon les trois principales étapes de la procédure de contractualisation de l'ACI : les CPTS en cours de création (lettre d'intention validée), les CPTS prochainement en fonctionnement (projet de santé validé), les CPTS en fonctionnement (contrat ACI signé). La cartographie précise également la couverture des CPTS en termes de population. Toutefois, cette cartographie n'est pas réellement comparable avec celles réalisées par l'ARS ou par la FNCPTS en raison de la date d'actualisation des données. Notons pour autant que, comme l'ARS, le ministère de la Santé et de la Prévention considère avant tout les CPTS en fonction de leur état de contractualisation ou, comme cela figure dans le titre de la légende de la cartographie, leur « niveau de maturité ».

2.2.4 Réutilisation des données pour la réalisation d'un état des lieux exploratoires et limites des données disponibles.

Nous nous baserons ici sur les CPTS recensées par l'ARS Ile-de-France au travers de la cartographie disponible sur Santégraphie au mois de mai 2022. D'autres données issues d'autres bases de données ont été mobilisées, notamment en ce qui concerne les données relatives aux CPTS à l'échelle nationale que propose la FNCPTS. Le fond de carte utilisé pour la réalisation des cartographies de l'état des lieux reprend ainsi celui qui a été produit par l'ARS Ile-de-France. Pour autant, ce fond de carte a été réalisé manuellement et ne prend pas en compte les communes que l'ARS a intégrées au périmètre de certaines CPTS pour une raison de contiguïté spatiale. De plus, Les données de l'ARS ne délivrent aucune visibilité des potentielles formes de communautés professionnelles de santé qui n'ont pas encore lancé les démarches de contractualisation de l'ACI. En effet, la typologie des CPTS telle que présentée par l'ARS contient une catégorie de CPTS pas encore formalisées mais « reconnues » par l'agence, ce qui n'est pas le cas pour des autres sources de données.

Synthèse de la partie I

La création du dispositif des CPTS s'inscrit dans un contexte de la reconfiguration de l'organisation du système de soins primaires en France pour faire face à la diminution de l'offre de santé des territoires et aux besoins de santé de la population de plus en plus conséquents. Un des principaux enjeux du développement des CPTS repose sur la consolidation des soins de proximité pour proposer l'offre de soins la plus adaptée à la population. Pour autant, le déploiement territorial des CPTS n'est pas un fait acquis. En effet, le déploiement du dispositif est spatialement différencié, ce qui rend la mise en place d'un état des lieux, ici en Ile-de-France, particulièrement intéressant.

Le principal questionnement pour la conception de la méthodologie de cet état des lieux concernait l'identification des producteurs de données sur les CPTS et leur fiabilité. La méthodologie a fortement été déterminée par les données ouvertes (*open data*) disponibles au cours de la période du stage de mon année de Master 1. Ces données n'ont pas rendu compte du même niveau de visibilité (en termes de recensement) et de considération des CPTS (en termes de niveau d'institutionnalisation). En cela, l'exploitation des données ne peut pas être tout à fait neutre et la reconduction de cette méthodologie dans le cadre d'une production similaire nécessiterait une reprise pour assurer la fiabilité des données exploitées.

PARTIE II - LES CPTS D'ILE-DE-FRANCE MARQUEES PAR DE NOMBREUSES DYNAMIQUES DE DEPLOIEMENT TERRITORIAL

1. Un inégal déploiement aux échelles régionales et infra-départementales.

La répartition des CPTS franciliennes génère des disparités infrarégionales. En effet, les 109 CPTS de l’Ile-de-France recensées par l’ARS Ile-de-France sont diversement réparties au sein des huit départements franciliens comme en témoigne le tableau 7.

Département	Nombre de CPTS	Part
Seine-Saint-Denis	19	17%
Hauts-de-Seine	17	15%
Paris	16	15%
Val-de-Marne	15	14%
Yvelines	13	12%
Essonne	13	13%
Seine-et-Marne	9	8%
Val d'Oise	7	6%
Total	109	100%

Nombre de CPTS moyen par département = 13

Tableau 7 Nombre de CPTS par département francilien (source : ARS IDF, mai 2022)

Le département de Seine-Saint-Denis et des Hauts-de-Seine sont les départements qui possèdent le plus de CPTS : 19 communautés pour l’un et 17 pour l’autre. Paris est troisième avec 16 CPTS, ce qui correspond à 15% des CPTS d’Ile-de-France. Le nombre de CPTS en Essonne et dans les Yvelines s’aligne avec la moyenne régionale, qui est de 13 CPTS. Le Val d’Oise et la Seine-et-Marne sont les départements les plus dépourvus en CPTS puisqu’ils ont chacun moins de 10 CPTS.

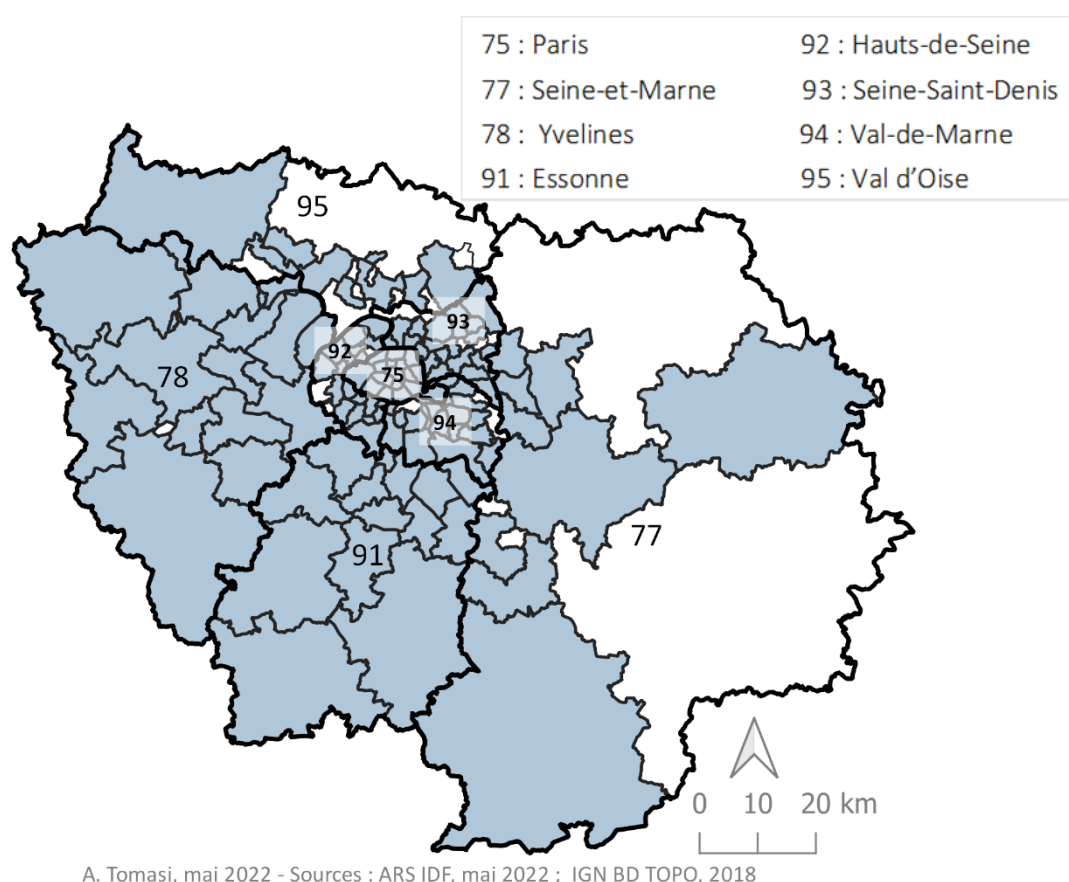
1.1 L’Ile-de-France, spatialement différenciée par deux modes de déploiement territorial des CPTS.

Si le recensement des CPTS souligne leur inégale répartition au sein des départements, la carte 1 (page 37) et les planches cartographiques 1 et 2 (pages 38 et 39) mettent en évidence les disparités concernant le mode de déploiement territorial de la région Ile-de-France.

En effet, ces cartes rendent compte des périmètres de l’ensemble des CPTS franciliennes et surtout de l’inégale répartition et déploiement des CPTS dans la région. Nous distinguons ainsi deux tendances générales propres aux départements franciliens : ceux qui sont pleinement couverts par des CPTS, ou qui sont en voie de l’être (départements de Paris

et de l'Essonne, suivie de très près du département des Yvelines puis des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne) et ceux qui connaissent d'importantes « zones blanches » soit des espaces dépourvus de CPTS (la Seine-et-Marne et le Val d'Oise).

De manière générale, l'implantation des CPTS en Ile-de-France relève de l'échelle départementale. En effet, à l'exception d'une CPTS²⁷, l'ensemble des périmètres CPTS franciliens s'inscrivent dans les limites d'un seul département. La constitution de ces périmètres dans le respect de cette échelle interroge. Il s'agit aussi de comprendre pourquoi nous relevons un clivage régional reposant sur l'identification de deux dynamiques de déploiement.



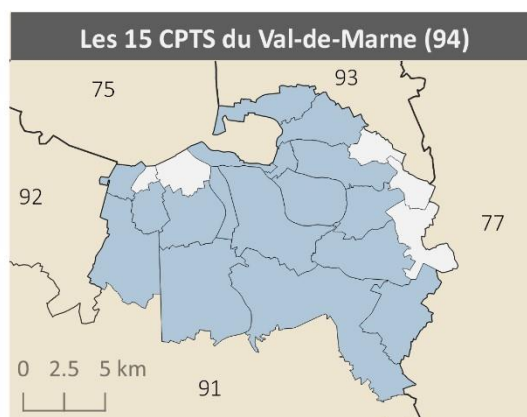
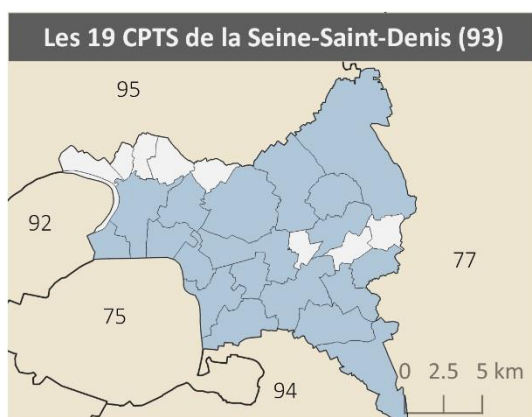
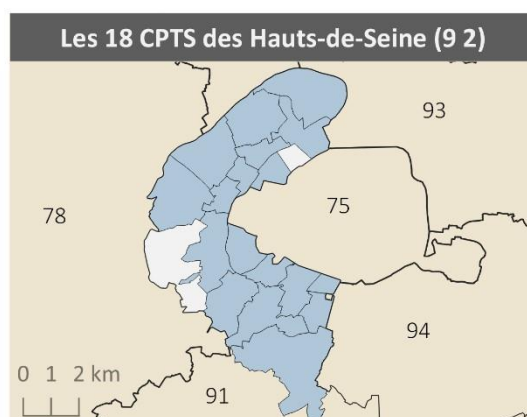
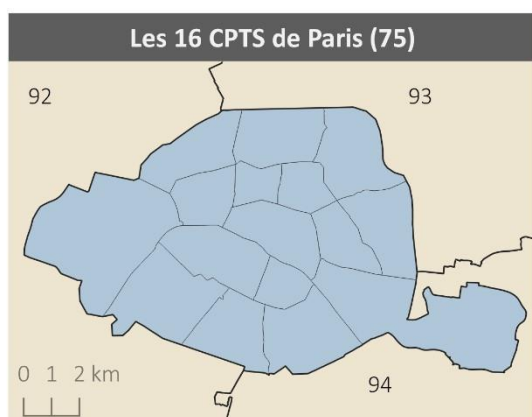
Les 109 CPTS d'Ile-de-France (mai 2022)

- Limites des périmètres des CPTS
- Zone blanche dépourvue de CPTS
- Limites départementales

Carte 1 Les 109 CPTS d'Ile-de-France au mois de mai 2022

²⁷ CPTS des Hauts-de-Bièvre, qui s'étend du sud des Hauts-de-Seine jusqu'à une commune du nord de l'Essonne),

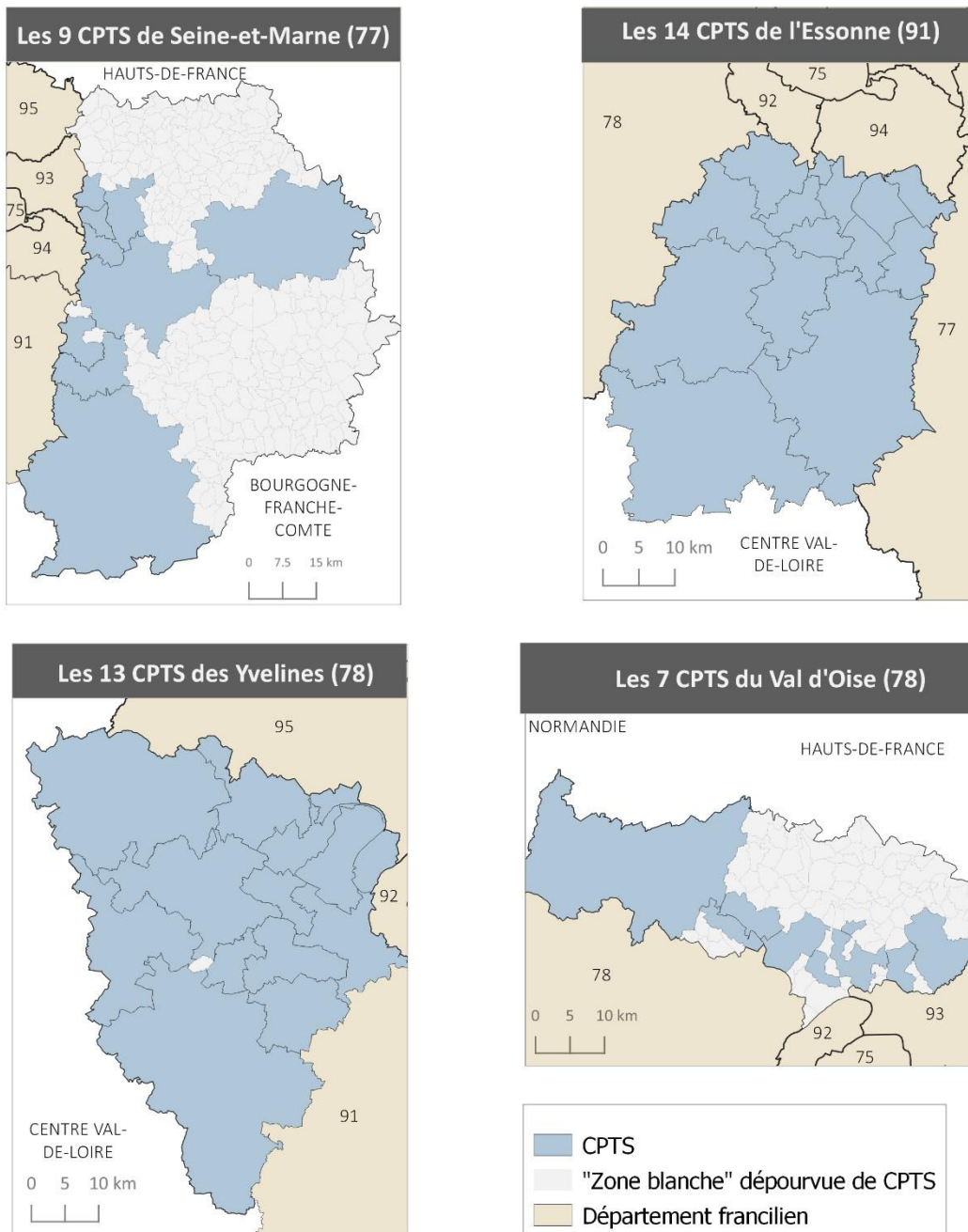
Les CPTS de Paris et sa petite couronne (nomenclature annexe 10 page 102)



A. Tomasi, juillet 2022- Sources : ARS IDF, mai 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Planche cartographique 1 Les CPTS de Paris et sa petite couronne

Les CPTS de la grande couronne parisienne (nomenclature annexe 11 page 103)



A. Tomasi, juillet 2022- Sources : ARS IDF, mai 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Planche cartographique 2 Les CPTS de la grande couronne

1.2 Pertinence de l'échelle départementale pour l'étude du déploiement des CPTS franciliennes.

Les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux qui se mobilisent autour d'un projet de CPTS sont libres de déterminer leur propre territoire de coordination. Cela rend donc possible la formation d'un périmètre qui ne dépend d'aucune maille administrative. Pour autant, les départements se présentent comme des espaces favorables au développement des CPTS.

En France, chaque collectivité territoriale (région, département, commune) exerce des compétences qui lui sont conférées par l'Etat. Nous pourrions nous demander si la constitution des périmètres des CPTS aurait un lien avec compétences départementales liées à l'action sociale. Elaborée par la Loi portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe, 2015), l'action sociale confiée à la collectivité départementale considère les thématiques des solidarités et de la cohésion territoriale. Elle concerne avant tout les aides en lien à l'enfance, aux personnes handicapées, aux personnes âgées ainsi qu'aux prestations légales d'aides sociales. En outre, le département est en mesure de définir une politique d'action sociale et médicosociale en collaboration avec les compétences des autres collectivités territoriales, dont l'Etat, et les organismes de sécurité sociale. Le département peut également contribuer à la mise en œuvre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ou bien encore coordonner des actions médico-sociales menées sur son territoire.

Ainsi, les communes qui composent une CPTS et qui appartiennent au même département profiteraient des mêmes politiques départementales en actions sociales et sanitaire.

1.3 Déploiement des CPTS à l'échelle infra-départementale, quelles adéquations avec l'échelle communale ?

La majorité des périmètres CPTS d'Ile-de-France s'appuie sur la maille communale, c'est-à-dire que peu importe l'étendue de leur périmètre, les CPTS franciliennes intègrent l'entièreté d'une commune au sein de son territoire²⁸.

²⁸ A l'exception de la commune de Saint-Maur-des-Fossés (Val-de-Marne) qui abrite deux CPTS (la CPTS Unifiées et Bords de Marne et la CPTS Joinville-le-Pont / Saint-Maur-des-Fossés Ouest)

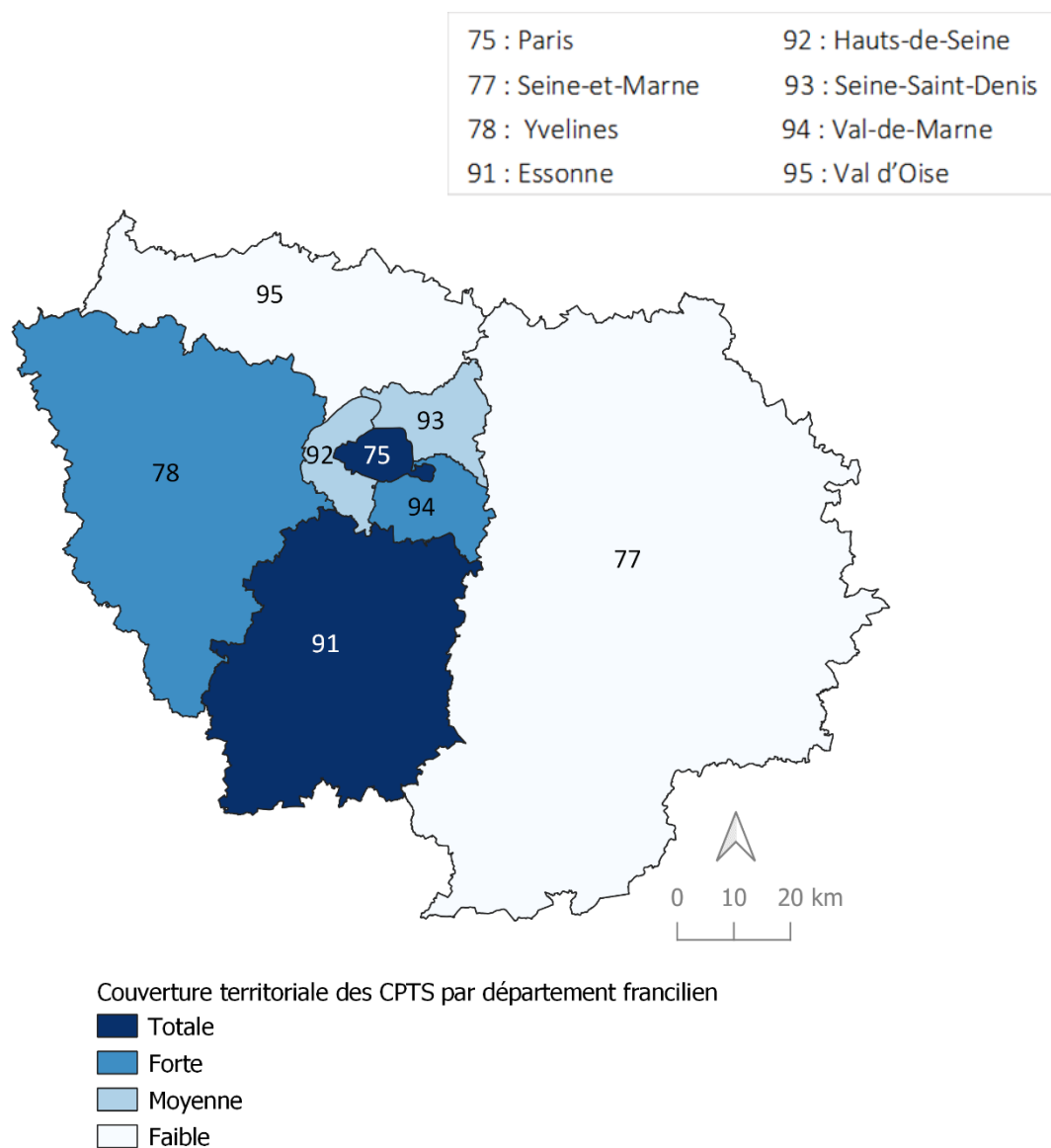
Nous sommes alors en mesure de dresser un tableau rendant compte du nombre de communes prises en compte par un périmètre d'une CPTS pour chaque département (tableau 8). Ainsi, le rapport entre le nombre de communes total par département et le nombre de communes qui sont comprises par une CPTS aboutit à la production de l'indicateur de la couverture territoriale des CPTS au sein de chaque département francilien.

Département	Nombre de communes (ou arrondissements) incluses dans une CPTS	Total communes (arrondissements compris) par département	Part de la couverture départementale en fonction des communes (ou arrondissements) incluses dans une CPTS
Yvelines	258	259	99,6%
Seine-et-Marne	230	507	45%
Essonne	194	194	100%
Val d'Oise	97	184	53%
Val-de-Marne	42	47	89%
Hauts-de-Seine	30	36	83%
Seine-Saint-Denis	31	40	78%
Paris	20	20	100%
Ile-de-France	902	1287	70%

Tableau 8 Couverture territoriale en CPTS des départements d'Ile-de-France (Sources : Insee - : ARS IDF 2022)

En somme, 902 communes (et arrondissements) sont comprises dans une CPTS en Ile-de-France. Cela correspond à 70% de la région. En moyenne, 115 communes sont comprises dans une CPTS dans chaque département. Cet ordre de grandeur reste néanmoins peu significatif comme les départements franciliens présentent des superficies et un nombre de communes très différent (cf. planche cartographique 1 et 2 pages 40 – 41) et par conséquent, des effectifs de communes compris dans une CPTS très variables (max : 258 pour les Yvelines, minimum : 31 pour les Hauts-de-Seine – Paris : 20 arrondissements). Il en va de même pour l'effectif total de communes par département. Cela montre d'autant plus que la part de la couverture territoriale en CPTS varie considérablement en fonction des départements. En effet, si 45% des communes de Seine-et-Marne sont comprises dans une CPTS, avec 230 communes sur 507 au total, ce rapport contraste avec celui des Hauts-de-Seine où, par exemple, 30 communes sur 36 (soit 83% du département) sont intégrées dans une CPTS.

La carte 2 (page 42) propose une classification des départements en fonction de leur couverture territoriale.



A. Tomasi, mai 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Carte 2 Couverture territoriale des CPTS d'Ile-de-France

Cette carte met ainsi en évidence les départements où le déploiement des CPTS est total. Il s'agit des départements de Paris et de l'Essonne (part de la couverture territoriale égale à 100%). Le Val-de-Marne et les Yvelines présentent une forte couverture territoriale mais encore incomplète (entre 85% et 99%). Bien que non achevée, les départements des Hauts-de-Seine et de la Seine-Saint-Denis ont une couverture territoriale avancée qu'on pourrait qualifier de moyenne (entre 70% et 85%). Enfin, le Val d'Oise et la Seine-et-Marne ont les couvertures territoriales les plus faibles (entre 45% et 75%). Néanmoins, si la Seine-et-Marne a une couverture départementale inférieure à celle du Val d'Oise, ce département

possède un nombre de communes membres d'une CPTS supérieur, comme le met en évidence le tableau 8 (page 41). Une faible couverture territoriale des CPTS d'un département est ainsi due au rapport entre le nombre de communes comprises dans une CPTS et le nombre total des communes du département. Si le périmètre des CPTS se base essentiellement sur la maille communale, il est intéressant d'analyser les modèles de structuration territoriale des CPTS en fonction du nombre de communes qui les composent.

2. Structuration territoriale des CPTS d'Ile-de-France : caractérisation des différents modes de déploiement des CPTS.

2.1 Dichotomie entre Paris et sa petite couronne et la grande couronne.

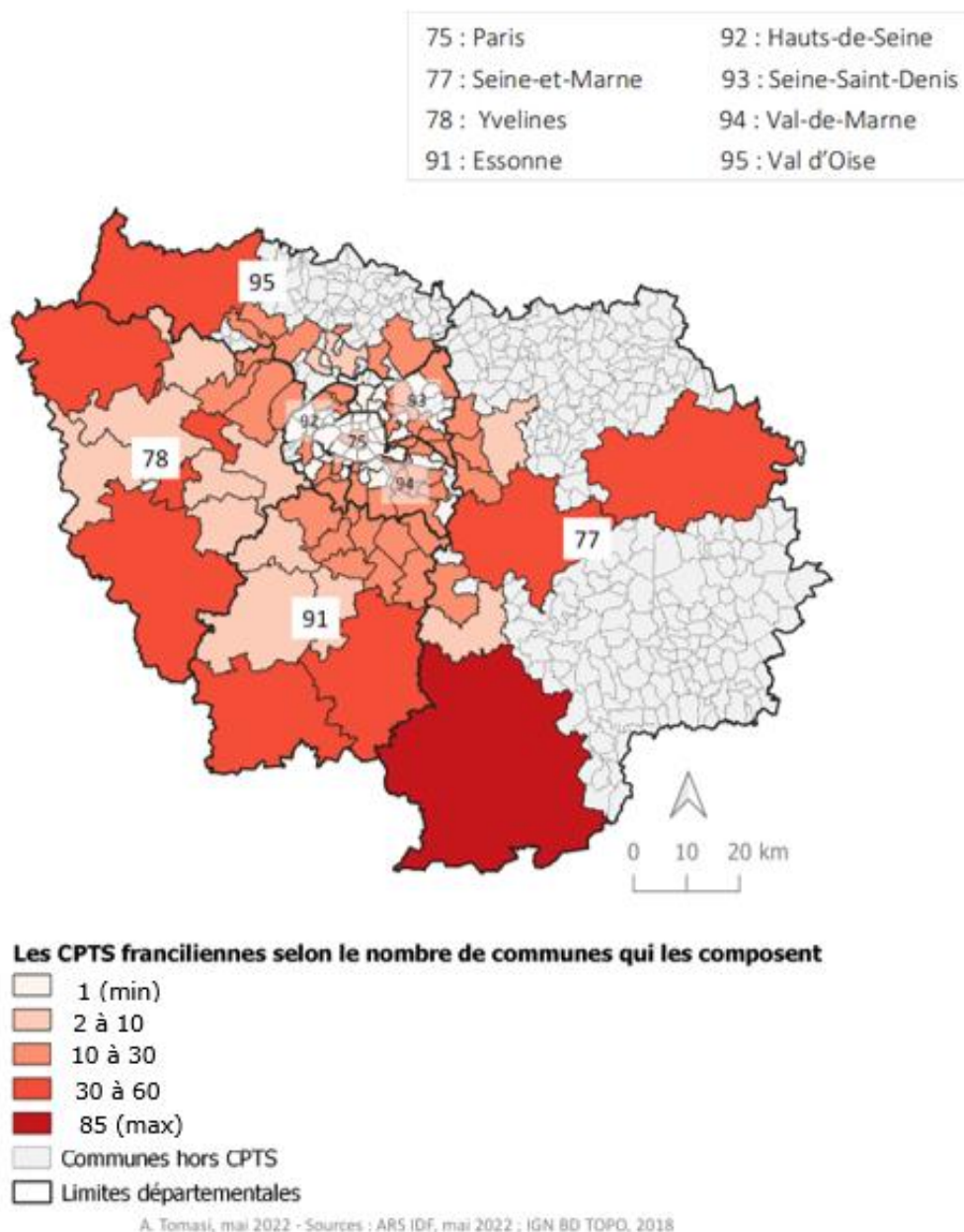
a) Structuration communale des CPTS

Le clivage régional en lien avec le déploiement des CPTS ne relève pas uniquement des modes de déploiement mais également de la structuration des CPTS en termes de communes qui les composent.

Nombre de commune(s)	Nombre de CPTS	Part
1 (min)	42	38%
2 à 10	47	43%
10 à 30	12	11%
30 à 60	8	7%
85 (max)	1	1%
Total	110	100%

Tableau 9 Composition communale des CPTS franciliennes (Source : ARS IDF 2022)

Premièrement, nous relevons grâce au tableau 9 que les CPTS de petites tailles, compte tenu du nombre de communes qui les composent, sont majoritaires en Ile-de-France. En effet, plus de 80% des CPTS sont composées de 1 à 10 communes. Nous distinguons ensuite deux types de CPTS intermédiaires. Les CPTS composées de 10 à 30 communes sont un peu plus nombreuses que celles qui regroupent jusqu'à une soixantaine de communes. Enfin, une CPTS (CPTS Sud 77) se distingue fortement du reste des grandes CPTS avec 85 communes rassemblées. Il s'agit donc d'analyser la répartition spatiale des CPTS en fonction du nombre des communes au sein de leur périmètre.



Carte 3 Structures communales des CPTS d'Ile-de-France

La carte 3 sur la structuration communale des CPTS d'Ile-de-France met en évidence l'existence d'un gradient centre-périphérie. En effet, les départements de Paris et sa petite couronne, ainsi que les communes de la grande couronne proches, voire limitrophes, des départements de la petite couronne présentent des CPTS dont le nombre de communes (ou arrondissements) varie de 1 à 10. Nous notons néanmoins quelques CPTS composées de plus de dix communes géographiquement proches de la petite couronne comme les CPTS de La Brie (Seine-et-Marne) ou Centre 95 (Val d'Oise).

De manière générale, les plus grands rassemblements communaux (allant de plus de 10 communes jusqu'à 85) au sein de CPTS se situent en marge des départements de la grande

couronne. Nous supposons qu'il s'agit de territoires à prédominance périurbaine voire rurale (cf. Annexe 7 – Carte du mode d'occupation du sol page 98) ce qui implique des communes plus grandes en termes de surfaces pour une densité relativement plus faible que les communes centrales. Pour attester cela, nous pourrions confronter cet indicateur avec celui de la densité communale de l'Ile-de-France.

b) Densité populationnelle des CPTS

L'Ile-de-France, en tant que région capitale, est un foyer de population très dense. Au 1^{er} janvier 2020, la densité de la population régionale est estimée à 1022 habitants au km². Notons par ailleurs l'exceptionnalité de la densité parisienne puisque ce département comprend en moyenne 21 066 habitants au km² (IGN ; Insee, estimations de population, code officiel géographique.). Il s'agit d'une région effectivement très dense puisque la densité moyenne nationale est égale à 106 habitants au km². Cependant, nous relevons des disparités départementales en termes de densités moyennes comme en témoigne le tableau 10.

Département	Densité moyenne de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2018
Paris	20 641
Hauts-de-Seine	9 220
Seine-Saint-Denis	6 912
Val-de-Marne	5 701
Val d'Oise	994
Essonne	718
Yvelines	631
Seine-et-Marne	238

Tableau 10 Densité moyenne de la population (nombre d'habitants au km²) par département en Ile-de-France (2018)

Le département des Hauts-de-Seine est le département le plus dense après Paris, suivi de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Au-delà de la petite couronne, la densité moyenne par département n'excède pas les 1000 habitants par kilomètre carré. Par comparaison, Paris est 86 fois plus dense que la Seine-et-Marne, département le moins dense d'Ile-de-France.

A l'échelle de la grande couronne, le Val d'Oise est quatre fois plus dense que la Seine-et-Marne, bien qu'il soit moins peuplé que ce dernier. La superficie de ces deux départements

n'est cependant pas comparable, d'où les disparités en termes de tailles de périmètre des CPTS en fonction du nombre de communes qui les composent.

Pour l'analyse de la densité communale et de la densité des CPTS, nous reprendrons dans un premier temps, la typologie territoriale des zones urbaines et rurales sur la base de la nouvelle grille communale des densités²⁹, produite par l'Insee (données 2021). Cette donnée a été déclinée en deux cartes. La planche cartographique 3 (page 49) reprend la grille de densité des communes d'Ile-de-France au sein des CPTS et la grille de densité moyenne des CPTS³⁰.

²⁹ La grille communale de densité s'appuie sur la distribution de la population communale sur une base de carroyage (1km de côté) pour mettre en évidence les zones agglomérées. Un carreau « dense » est un carreau qui atteint 300 habitants/km² minimum. Les carreaux atteignant 1500 habitants/km² ou plus sont considérés comme très denses. Leur importance au sein d'une commune détermine la densité de celle-ci.

³⁰ Pour les CPTS mono-communales, la densité moyenne correspond à celle de sa commune. En ce qui concerne les CPTS pluri-communales, la densité moyenne a été attribuée en fonction de la grille de densité communale dominante au sein de la CPTS.

75 : Paris	92 : Hauts-de-Seine
77 : Seine-et-Marne	93 : Seine-Saint-Denis
78 : Yvelines	94 : Val-de-Marne
91 : Essonne	95 : Val d'Oise

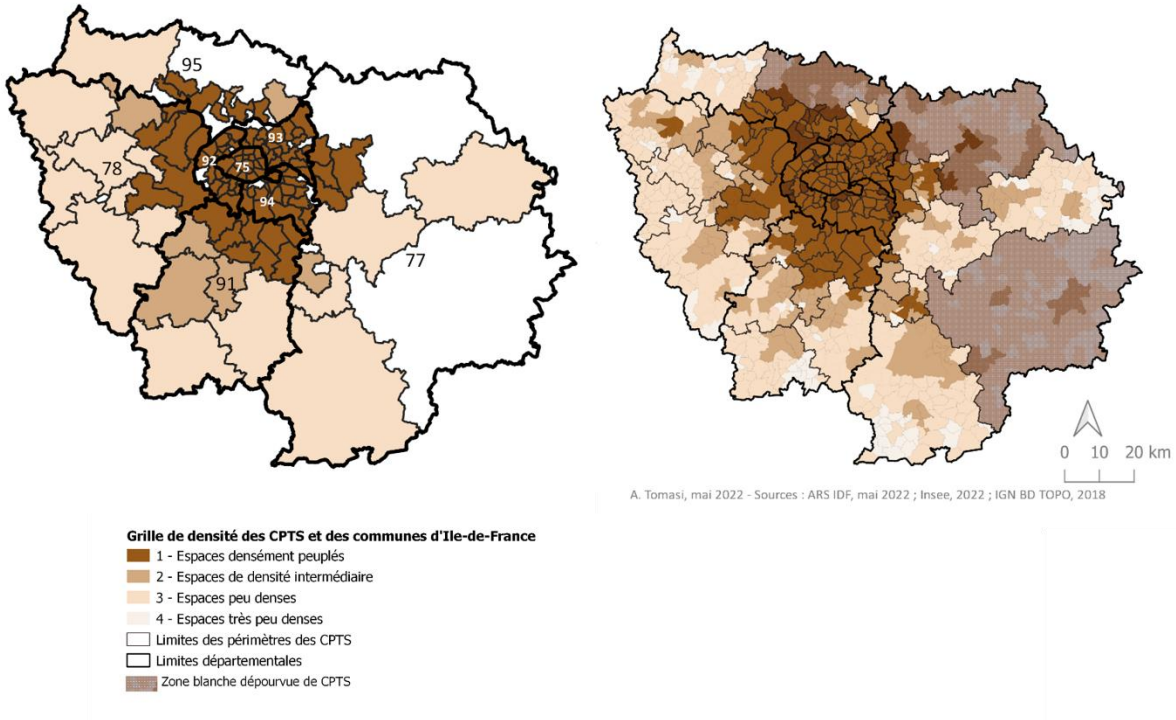


Planche cartographique 1 Grille de densité des CPTS et des communes d'Ile-de-France

Les CPTS de Paris et de sa petite couronne sont densément peuplées. C'est également le cas pour la majorité des CPTS limitrophes à la petite couronne. Bien que peu nombreuses, les CPTS du Val d'Oise présentent des densités de peuplement élevées (à l'exception de la CPTS du Vexin, peu dense). Les CPTS du nord-est de la Seine-et-Marne constituent un ensemble dense en population. Ce dernier marque un contraste avec les CPTS restantes, qui sont majoritairement peu denses. L'Essonne présente un gradient nord-sud en termes de densité. En effet, à mesure que l'on se rapproche du sud du département, les CPTS sont des espaces de faibles densités. Un gradient s'observe également dans les Yvelines, mais qui s'étend cette fois si d'est en ouest.

De façon générale, les marges des départements de la grande couronne sont les espaces les moins denses en population. Nous pouvons supposer que les communes en marge

des départements de la grande couronne profitent moins de l'aire d'attraction de Paris³¹ ce qui en fait des territoires moins attractifs, et par conséquent moins peuplés et moins denses. Ainsi, l'ensemble formé par Paris et les communes densément peuplées environnantes renvoie à l'aire d'attraction d'attractivité de la capitale.

Nous remarquons également que les « zones blanches » ne sont pas forcément des espaces peu ou très peu denses. En effet, la majorité des communes du Val d'Oise hors CPTS sont des communes de densité intermédiaire voire dense. Nous ne pouvons donc pas systématiquement assimiler l'absence de CPTS dans certains territoires à une problématique liée à la faible densité populationnelle.

En somme, nous relevons que les CPTS qui ont les plus grands périmètres sont les CPTS de faibles densités et il n'existe aucune CPTS mono-communale de faible densité. Ainsi le choix du périmètre d'une CPTS dépendrait en partie de la densité territoriale. Pour confirmer cette hypothèse, un test statistique (χ^2) a été réalisé pour tester la relation entre la taille du périmètre d'une CPTS et la densité d'habitants. L'hypothèse qui soutient qu'il y a bien un lien entre ces deux données a été validée (cf. Annexe 9 page 99). Ainsi, à mesure qu'une CPTS présente un grand périmètre, sa densité de population sera probablement plus faible que celle d'une CPTS à un petit périmètre.

³¹ L'Insee définit l'aire d'attraction d'une ville comme un « ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, qui définit l'étendue de l'influence d'un pôle de population et d'emploi sur les communes environnantes, cette influence étant mesurée par l'intensité des déplacements domicile-travail [...] Une aire est constituée d'un pôle et d'une couronne ». L'ensemble formé par les communes densément peuplées et le pôle d'attraction de Paris sont deux entités qui se confondent puisque l'Insee rapporte qu'un pôle est principalement déterminé par des critères de densité et de population totale « suivant une méthodologie cohérente avec celle de la grille communale de densité » (Insee, 2022).

2.2 Contractualisation des ACI sur la caractérisation des CPTS : un déploiement institutionnel régional à plusieurs vitesses.

a) Statut de déploiement des CPTS

Le clivage régional des CPTS repose également sur le déploiement institutionnel différentiel des communautés comme en témoigne le tableau 11.

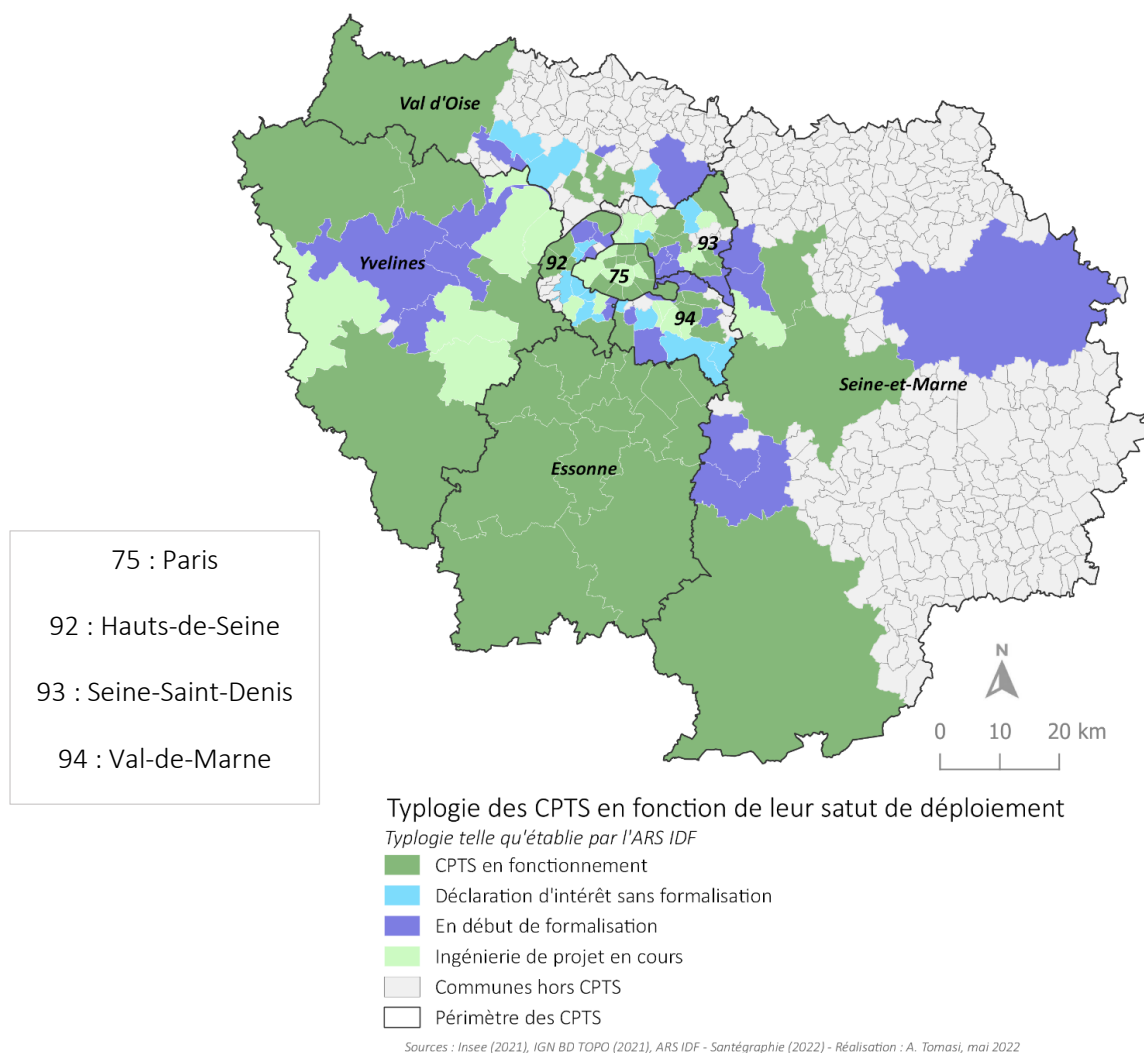
Département	CPTS en fonctionnement	Déclaration d'intérêt sans formalisation	En début de formalisation	Ingénierie de projet en cours
Paris	63%	0%	0%	38%
Seine-et-Marne	33%	0%	56%	11%
Yvelines	31%	0%	23%	46%
Essonne	100%	0%	0%	0%
Hauts-de-Seine	24%	35%	29%	12%
Seine-Saint-Denis	32%	11%	26%	32%
Val de Marne	27%	27%	33%	13%
Val d'Oise	29%	43%	29%	0%
Ile-de-France	43%	13%	23%	21%

Tableau 11 Part des CPTS selon leur statut institutionnel par département francilien (ARS Santégraphie mai 2022)

43% des CPTS d'Ile-de-France sont fonctionnelles au mois de mai 2022. La part de ces CPTS est assez disparate en fonction des départements. L'ensemble des CPTS de l'Essonne sont fonctionnelles (100%). Paris a en majorité des CPTS en fonctionnement (63%). Environ un tiers des CPTS du Val-de-Marne (27%), du Val d'Oise (29%), des Yvelines (31%), de la Seine-Saint-Denis (32%) et de Seine-et-Marne (33%) sont également considérées comme telles. La part des CPTS en fonctionnement des Hauts-de-Seine (24%) est la plus faible.

Ces données mettent ainsi en évidence l'existence de dynamiques différentes relatives au déploiement et au développement institutionnel des CPTS en Ile-de-France. Pour autant, le statut institutionnel des CPTS ne reflète pas nécessairement l'aptitude des communautés à fonctionner puisque l'ACI est un dispositif qui a été mis en place en 2019. Certaines CPTS ont pu être pleinement fonctionnelles avant le début de la formalisation de leur ACI. Néanmoins, l'approche par la typologie de l'ARS demeure intéressante pour l'état des lieux des CPTS franciliennes. Elle révèle, en effet, toute la complexité de ce dispositif : nous assistons à une confrontation entre un fonctionnement potentiellement informel et un fonctionnement institutionnalisé.

La carte 4 présente les périmètres des CPTS par département en fonction de leur statut tel qu'attribué par l'ARS. Il s'agit d'une reproduction de la carte présentée par l'ARS Ile-de-France sur la plateforme Santégraphie.



Carte 4 Les CPTS selon leur statut institutionnel en Ile-de-France

Cette carte permet l'identification des différences de statuts entre les départements franciliens.

L'Essonne marque considérablement un contraste avec l'ensemble des autres départements. En plus d'être pleinement couverte, ses CPTS ont également leur ACI entièrement formalisé. La majorité des CPTS parisiennes sont considérées en fonctionnement ou en voie de le devenir. C'est également le cas pour les Yvelines, bien que le cœur du département soit concerné par un ensemble de CPTS en début de formalisation. En revanche les départements de la petite couronne et ceux de Seine-et-Marne et du Val d'Oise présentent

un profil institutionnel des CPTS plus hétérogène en raison de la diversité des statuts de déploiement.

b) Typologie des CPTS en fonction de leur taille attribuée par les critères de financements de l'ACI

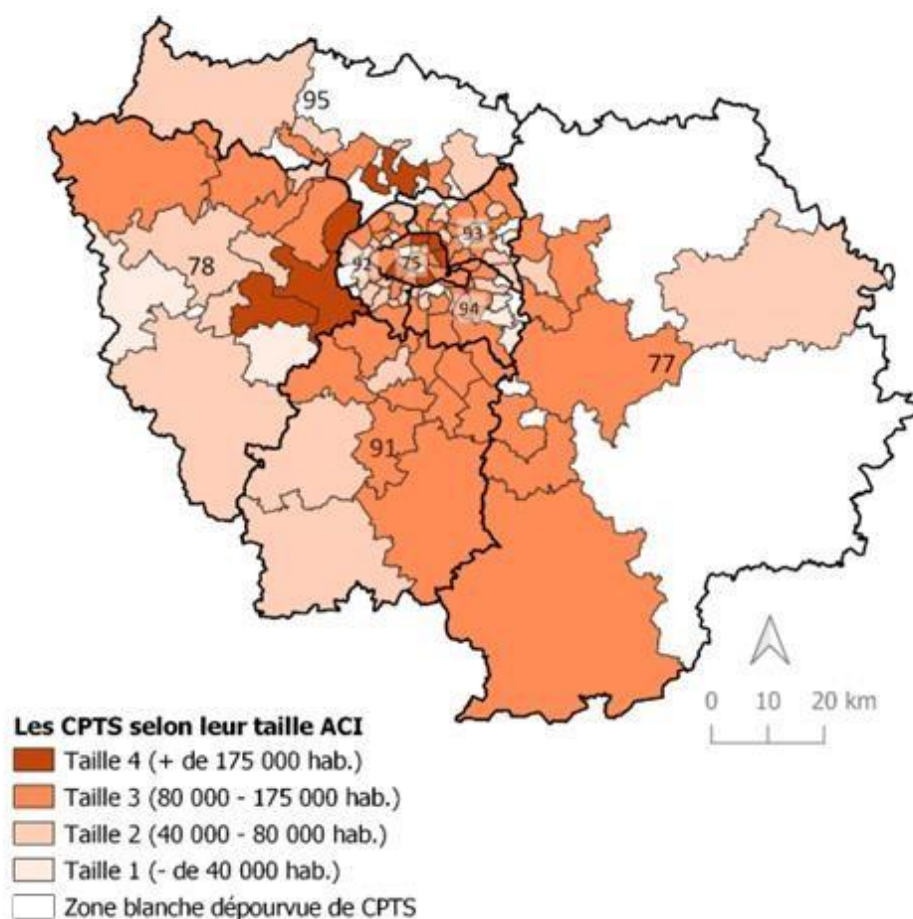
En plus du statut de déploiement qui leur est conféré, les CPTS sont également qualifiées en fonction de l'attribution de leur catégorie de taille, utilisée en vue de leur financement.

Taille ACI	Nombre de CPTS	Part
Taille 1 (- de 40 000 hab.)	9	7%
Taille 2 (40 000 - 80 000 hab.)	36	34%
Taille 3 (80 000 - 175 000 hab.)	56	51%
Taille 4 (+ de 175 000 hab.)	9	8%

Tableau 12 Les CPTS franciliennes en fonction de leur taille ACI (Source : ARS IDF 2022)

Nous constatons que les CPTS de tailles intermédiaires (taille 2 et 3) sont majoritaires. Elles représentent à elles seules près de 85% des CPTS. Les tailles 1 et 4 sont plus rares comme elles ne concernent que 9 CPTS chacune. La carte 5 page 52 reprend la répartition des CPTS en fonction de la typologie de leur taille comme convenu par l'ACI.

75 : Paris	92 : Hauts-de-Seine
77 : Seine-et-Marne	93 : Seine-Saint-Denis
78 : Yvelines	94 : Val-de-Marne
91 : Essonne	95 : Val d'Oise



A. Tomasi, mai 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Carte 5 Typologie des CPTS selon leur taille convenue par l'ACI en Ile-de-France

A l'échelle de l'Ile-de-France, les CPTS de tailles 2 et 3, majoritaires, se répartissent sur l'ensemble des départements. Paris, les Yvelines et le Val d'Oise sont les seuls départements qui possèdent des CPTS de taille 4. La Seine-et-Marne, l'Essonne, les Hauts-de-Seine et le Val d'Oise sont les départements qui ne possèdent pas de CPTS de taille 1.

Comme le département de Paris est très peuplé, la moitié de ses CPTS sont de taille 3 et un tiers d'entre elles sont de taille 4. Les départements de Seine-et-Marne, de l'Essonne et Hauts-de-Seine comprennent uniquement des CPTS de tailles intermédiaires avec une majorité de taille 3 pour les deux premiers départements et une majorité de taille 2 pour les

Hauts-de-Seine. Par ailleurs, les CPTS de ces deux départements de grande couronne sont exclusivement des CPTS pluri-communales tandis que de nombreuses CPTS des Hauts-de-Seine sont des communautés mono-communales, regroupant ainsi moins d'habitants qu'une CPTS de taille 3 ou 4, plus souvent composée de plusieurs communes.

Il n'y a pas de CPTS mono-communale qui relève de la taille 1. Les CPTS pluri-communales relevant de cette taille sont probablement des territoires peu denses puisqu'elles concernent un effectif de population minimal pour un périmètre bien plus conséquent que des CPTS de taille 3 ou 4 composées d'une ou de quelques communes. De plus, des CPTS de même taille ne renvoient pas forcément au même contexte territorial. En Seine-et-Marne, par exemple, les deux seules CPTS de taille 2 sont celles de Coulommiers (72 058 habitants pour 51 communes) et du Val Maubuée (79 922 habitants pour 5 communes). Bien qu'elles présentent des effectifs de population similaires, nous pouvons nous demander si la gestion de leur coordination territoriale est comparable puisqu'il s'agit de territoires très différents en termes de superficie.

2.3 CPTS et équité territoriale : des territoires plus enclins à développer des CPTS que d'autres ?

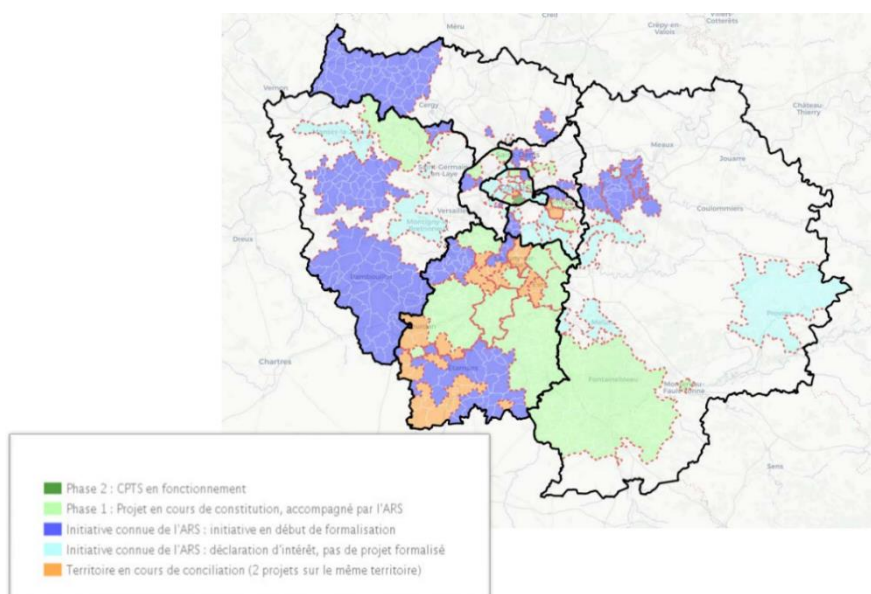
Le rapport de l'IGAS avait souligné que l'histoire du territoire détermine l'ambition et la mise en place du projet des CPTS. En effet, ces projets sont particulièrement riches dans des territoires où les formes de coopération des professionnels de santé, quelles qu'en soient leur forme, était déjà effective³². Dans les territoires où c'est moins le cas, « l'approche est plus progressive ». Ce dernier constat pourrait expliquer l'hétérogénéité des statuts institutionnels des CPTS des départements de petite couronne, de Seine-et-Marne et du Val d'Oise. Inversement, les départements qui présentent des CPTS majoritairement fonctionnelles s'apparentent à être des départements où les projets de mobilisation sanitaire territoriale était déjà effective avant la mise en place des communautés professionnelles, comme c'est le cas pour le département de l'Essonne.

³² Exemple de la CPTS de Paris 13. Falcoff et al., (2019) reviennent en détails sur la constitution de cette CPTS. Ils témoignent, dans le cadre d'un retour d'expérience sur la mise en place de leur CPTS, de la « dynamique professionnelle dans le sud-est du 13e arrondissement » qui existait déjà avant la CPTS.

2.3.1 L'Essonne, : l'unique département francilien qui a 100% de son territoire couvert par des CPTS 100% fonctionnelles.

Le 8 janvier 2021, le journal *Le Parisien*³³ rapporte dans un article que l'Essonne est le premier département d'Ile-de-France à être entièrement couvert de CPTS. Ce département est même décrit comme celui qui est toujours « en pointe » en termes de développement de projet autour de la santé. Dans le cadre de la séance du 9 janvier 2020 du conseil territorial de santé de l'Essonne, quelques éléments en mesure d'expliquer les dynamiques de déploiement des CPTS de la région ont été mentionnés. En effet, l'ordre du jour traitait des trois thèmes suivants : les CPTS, la politique de l'ARS et de la CPAM et un point sur le développement des CPTS en Essonne. Le Directeur de la délégation départementale de l'Essonne, J. Galli, a salué la « vivante » et l'« enrichissante » démocratie sanitaire de l'Essonne.

De manière générale, la démocratie sanitaire est jugée comme plutôt manquante au sein des CPTS par C. Leicher (2019). Dans le cas où l'Essonne figure comme une exception, nous pourrions considérer que la démocratie sanitaire est un facteur favorable au déploiement des CPTS. De plus, la « grande participation des professionnels de santé à la rédaction de projet déposés » a également été relevée lors de cette séance du conseil territorial. Ces propos corroborent l'évolution de la création des CPTS et leur institutionnalisation dans ce département entre décembre 2019 et aujourd'hui.



³² En Essonne, les professionnels de santé se sont unis pour faciliter l'accès aux soins. leparisien.fr

Douze CPTS étaient en effet sous le statut d'ingénierie de projet en Essonne et une dizaine de territoires étaient en cours de conciliation. Par ailleurs, nous notons l'évolution générale du déploiement des CPTS en Ile-de-France. Lorsque nous comparons cette carte avec la carte 1 (page 39), nous constatons que de nombreux périmètres ont été changés ou ont disparu. Cette carte démontre que les périmètres des CPTS ne sont pas non-immuables. Cette carte met également en avant que, même en 2019, l'Essonne était bien en avance dans le déploiement territorial de ces CPTS par rapport aux autres départements. Lors de la séance du 9 janvier 2020, la directrice de la CPAM de l'Essonne, C. Alomar, a déclaré que « l'Essonne se singularise grâce aux professionnels de santé investis pour l'amélioration des soins dispensés aux patients du territoire et concourent à l'émergence de construction de nombreux projets ». De plus, il a été souligné que la présence de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) a eu un poids dans le développement des CPTS puisque « certains porteurs de projet émergent des MSP où ils ont acquis l'expérience d'un travail collaboratif en équipe plurielle, cœur de métier de la CPTS », selon J. Alirol, coordinateur et gérant d'une MSP à Evry-Courcouronnes.

Département	Nombre de MSP
Paris	24
Essonne	21
Seine-et-Marne	15
Yvelines	14
Seine-Saint-Denis	11
Val d'Oise	11
Hauts-de-Seine	8
Val-de-Marne	8

Tableau 13 Nombre de MSP par départements franciliens (source : Insee, 2020)

Le tableau 13 recense le nombre de MSP pour chaque département en 2020. Nous constatons que les deux premiers départements en termes de nombre de MSP sont ceux de Paris et de l'Essonne, soit les deux seuls départements de l'Ile-de-France qui ont leur territoire entièrement recouvert par des CPTS.

Le rapport entre CPTS et MSP a été établi par le directeur de la délégation de l'Essonne dans *le Parisien* :

*« Dans les maisons de santé, les professionnels de santé travaillent entre eux de manière coordonnée. Les CPTS le font à l'échelle d'un territoire. Des mécanismes pour assurer la permanence des soins et trouver des médecins traitants vont aussi être mis en place [...]. L'Essonne compte aussi 25 maisons de santé pluriprofessionnelles, on est juste derrière Paris. Les professionnels de santé de l'Essonne sont très motivés » (dans *Le Parisien*, par S. Morelli, 2021).*

Bien que le nombre de MSP ne soit pas systématiquement significatif pour ce qui concerne les autres départements franciliens (avec, par exemple, la Seine-et-Marne qui figure troisième du classement tout en étant un des départements le moins pourvu en CPTS) le fait qu'un département possède un certain nombre de MSP entre bien en jeu dans le bon développement des CPTS selon le conseil territorial de santé de l'Essonne.

Les pratiques de l'exercice coordonné antérieur aux CPTS se révèlent donc comme un levier au déploiement des CPTS. Dans un article portant sur la Fédération des MSP (FFMPS) comme un support « adjuvant des pouvoirs publics », N.Vézinat rapporte que la FFMPS estime que « l'expérience acquise dans la construction des pôles de santé et des MSP par les membres de la FFMPS et de ses fédérations régionales leur donne une légitimité à définir les CPTS en les construisant. D'autant plus qu'actuellement l'essentiel des CPTS existantes se met en place à partir de MSP » (Vezinat, 2021).

Ce ne sont alors pas tant les territoires en eux-mêmes qui seraient plus favorables au développement des CPTS mais les relations préexistantes entre les acteurs, qui continuent de subsister. Pour autant, ces premières analyses ont mis en évidence le fait suivant : le déploiement des CPTS est disparate en fonction des départements en Ile-de-France. Nous pourrions alors nous intéresser à l'influence de ces disparités sur la caractérisation de l'accès aux soins au sein des CPTS.

3. Caractérisation des enjeux liés à l'accès aux soins de la population des départements et des CPTS d'Ile-de-France.

3.1 La couverture populationnelle des CPTS : une population francilienne inégalement couverte en CPTS.

L'inégale répartition des CPTS en Ile-de-France a pour conséquence l'inégale couverture populationnelle de ce dispositif. Les départements les plus dépourvus en CPTS, c'est-à-dire la Seine-et-Marne et le Val d'Oise, sont les seuls départements qui présentent une part de la population départementale vivant dans une CPTS inférieure à la part régionale (88%).

Territoire	Nombre de la population en 2018	Nombre de la population vivant dans une CPTS	Part de la population départementale vivant dans une CPTS	Part de la population régionale vivant dans une CPTS
Paris (75)	2 175 601	2 175 601	100%	18%
Hauts-de-Seine (92)	1 619 120	1 493 337	92%	12%
Seine-Saint-Denis (93)	1 632 677	1 433 275	88%	12%
Val-de-Marne (94)	1 396 913	1 248 228	89%	10%
Seine-et-Marne (77)	1 412 516	899 159	64%	7%
Yvelines (78)	1 441 398	1 441 398	100%	12%
Essonne (91)	1 296 641	1 296 641	100%	11%
Val d'Oise (95)	1 238 581	723 188	58%	6%
Petite couronne + Paris	6 824 311	6 350 441	93%	52%
Grande couronne	5 389 136	4 360 386	81%	36%
Ile-de-France	12 213 447	10 710 827	88%	88%

Tableau 14 Caractéristiques des CPTS de la petite et de la grande couronne (Sources : Insee 2018, ARS IDF 2022)

Autrement, comme les parts des CPTS par département ne présentent pas de très grandes disparités entre elles, (le tableau 7 page 36 soulignait déjà une amplitude de 11 points entre la valeur maximale et la valeur minimale, soit 17% pour la Seine-Saint-Denis et 6% pour le Val d'Oise), nous pouvons proposer une comparaison de l'effectif de CPTS compris dans la ville de Paris et sa petite couronne (départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val de Marne) avec celui de grande couronne (départements de l'Essonne, de la Seine-et-Marne, du Val d'Oise et des Yvelines).

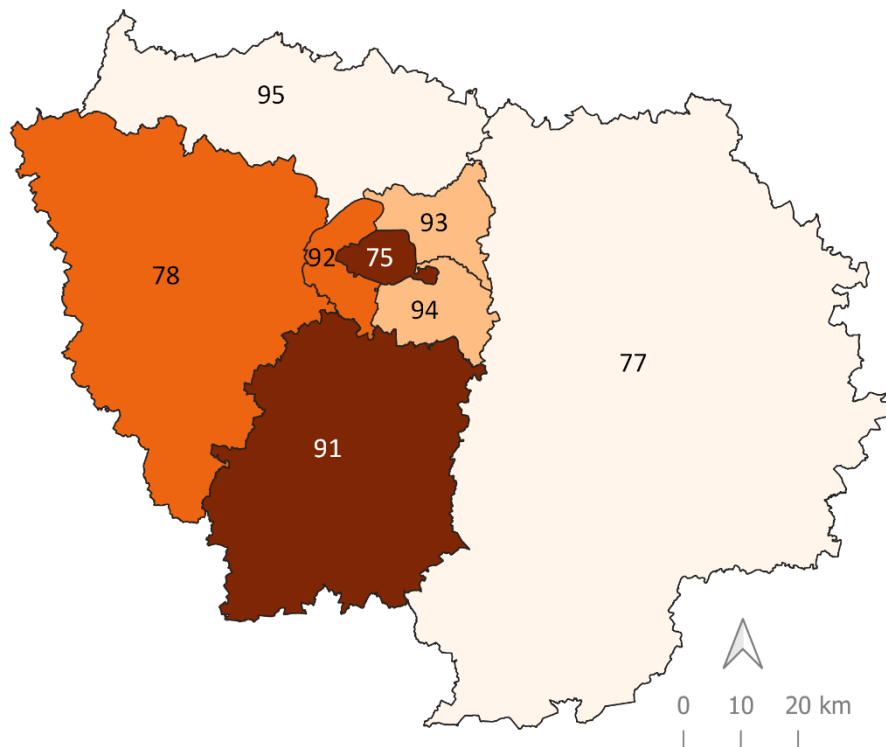
En effet, cette échelle d'analyse relève une différence plus marquée relative à la répartition des CPTS au sein de la région : 52% des CPTS franciliennes se situent dans le

département de Paris et dans sa petite couronne tandis que 36% des CPTS restantes se trouvent dans la grande couronne. Le poids des CPTS de Paris et de sa petite couronne est alors d'autant plus marqué par le fait que ce sous-espace comprend plus de la moitié de la population régionale.

D'un point de vue méthodologique, si nous confrontons les données du tableau 14 (page 57) avec le tableau 6 (page 25) des données FNCPTS, nous constatons que l'ordre de grandeur relatif à la part de population régionale vivant dans une CPTS a augmenté, passant de 60% selon la FNCPTS à 88% selon les données de l'ARS. Malgré cette différence, nous pouvons toujours affirmer que le déploiement des CPTS franciliennes est inégal.

De la même façon que la carte 2 sur la couverture territoriale des CPTS a été proposée page 42, nous présentons celle sur la couverture populationnelle (page 59).

75 : Paris	92 : Hauts-de-Seine
77 : Seine-et-Marne	93 : Seine-Saint-Denis
78 : Yvelines	94 : Val-de-Marne
91 : Essonne	95 : Val d'Oise



Couverture populationnelle des CPTS par département francilien

- Totale
- Forte
- Moyenne
- Faible

A. Tomasi, mai 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Carte 6 Couverture populationnelle des CPTS d'Ile-de-France

La qualité de la « couverture populationnelle » est basée sur la part de la population habitant au sein d'une CPTS dans chaque département francilien. Ainsi, les départements de la Seine-et-Marne et du Val d'Oise marquent un fort contraste avec des départements qui abordent des couvertures populationnelles fortes voire totales comme c'est le cas pour les départements de l'Essonne, de Paris et des Yvelines.

Le fait qu'un département appartienne à la petite couronne ou à la grande couronne ne semble pas influencer la caractérisation de la couverture populationnelle de ses CPTS. Les départements de grandes couronnes présentent toutes les sortes de couvertures populationnelles identifiées tandis que les départements de Paris et de sa petite couronne

n'enregistrent pas de faibles couvertures populationnelles.

Si nous comparons les cartes 2 et 6, nous nous rendons compte que les départements à qui nous avons associés les couvertures populationnelles les plus faibles sont ceux qui possèdent les zones blanches les plus conséquentes de la région. Nous pourrions alors soutenir une quelconque relation entre la couverture populationnelle et la couverture territoriale des CPTS d'un département. Nous renverrons à l'annexe 8 (page 99) la démonstration de la corrélation entre la couverture territoriale et la couverture populationnelle des CPTS.

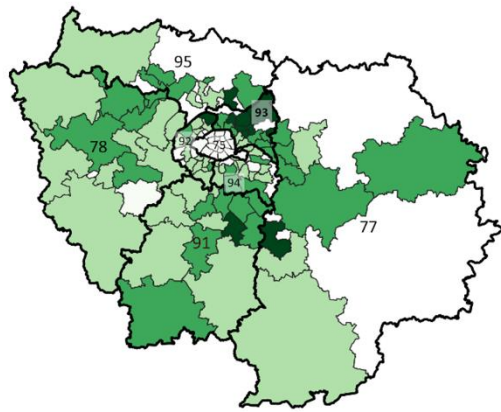
Cet indicateur rend ainsi compte de la caractérisation de la part de la population francilienne concernée par une CPTS. Nous pourrions alors identifier les principaux éléments qui caractérisent cette population. Nous retiendrons donc l'indicateur de l'âge en distinguant la population âgée de moins de 14 ans et la population âgée de 60 ans ou plus. En effet, la considération de l'âge de la population se révèle comme un indicateur utile à la caractérisation des CPTS car les enjeux sanitaires varient selon la donnée de l'âge.

3.3 Structuration par âge de la population des CPTS : un centre régional particulièrement jeune contre des marges départementales plus âgées

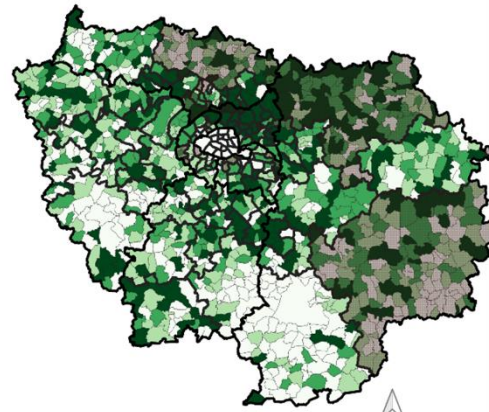
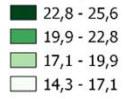
L'Ile-de-France est une région particulièrement jeune. Selon le tableau 15, 37% de la population est âgée de moins de 30 ans et plus de la moitié (56%) est âgée de moins de 60 ans. Les parts des personnes dont l'âge est compris entre 60 et 74 ans ou 75 ans et plus sont légèrement sous-représentées par rapport à la moyenne nationale.

Tranche d'âge	Part moyenne IDF (2018)	Part moyenne France (2018)
0-14 ans	20%	19%
15-29 ans	17%	17%
30-44 ans	19%	18%
45-59 ans	22%	20%
60-74 ans	15%	16%
75 ans ou plus	7%	9%

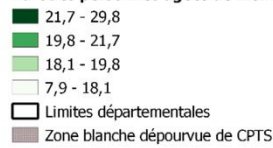
Tableau 15 Répartition de la population francilienne et française par tranche d'âge (source : Insee, 2018)



Part des personnes âgées de moins de 15 ans au sein des CPTS (%)

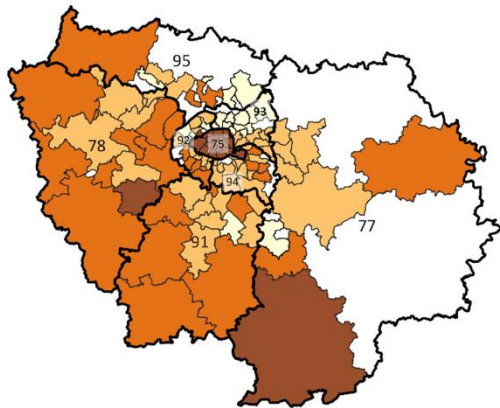


Part des personnes âgées de moins de 15 ans par commune (%)

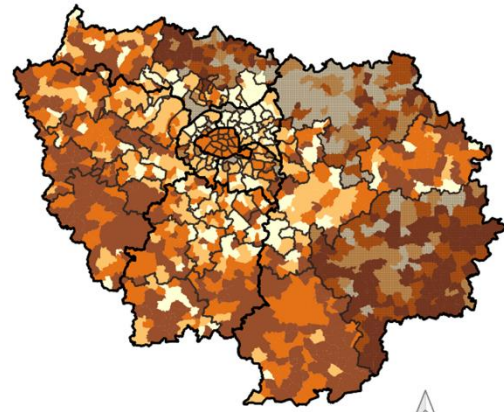
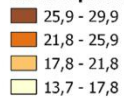


A. Tomasi, mai 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; Insee, 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

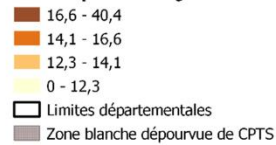
75 : Paris	92 : Hauts-de-Seine
77 : Seine-et-Marne	93 : Seine-Saint-Denis
78 : Yvelines	94 : Val-de-Marne
91 : Essonne	95 : Val d'Oise



Part des personnes âgées de 60 ans ou plus au sein des CPTS (%)



Part des personnes âgées de 60 ans ou plus par commune (%)



A. Tomasi, mai 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; Insee, 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Planche cartographique 2 Répartition des parts des tranches d'âge de 60 ans ou plus et de moins de 15 ans en Ile-de-France

La planche cartographique 4 (page 61) met en scène les répartitions des parts des personnes âgées de 60 ans ou plus et de moins de 15 ans à l'échelle des CPTS et des communes d'Ile-de-France.

A l'échelle des CPTS et des communes qui les composent, les parts de la population âgée de 60 ans ou plus sont disparates. Les CPTS qui comprennent les parts de personnes âgées de 60 ans ou plus les plus importantes se situent majoritairement au sein de Paris et des marges départementales de la grande couronne. Les CPTS qui comprennent des parts de cette population qui dépasse les 21,8% dans la petite couronne sont minoritaires.

Pourtant, à l'échelle communale, les disparités qui concernent la répartition des parts des personnes âgées de 60 ans ou plus sont davantage marquées. A mesure que l'on s'éloigne de la petite couronne, les parts des 60 ans ou plus deviennent de plus en plus importantes, jusqu'à même dépasser les moyennes régionales et nationales (entre 21% et 40%). Les CPTS de grande couronne sont davantage concernées par une population âgée. Les parts étudiées varient majoritairement entre 14% et 21% et même entre 21% et 40%. Par comparaison avec la carte de la typologie de la densité communale d'Ile-de-France (planche cartographique 3 page 47), nous constatons que les communes les moins denses sont souvent celles qui sont également les plus vieilles en termes de population.

Les CPTS, comme celle de la Seine-Seine-Denis, qui n'étaient pas concernées par d'importantes parts de personnes âgées de 60 ans ou plus le sont davantage par des parts de population âgée de moins de 14 ans. Les CPTS de Paris et celle de la Vallée de Chevreuse dans les Yvelines présentent les parts de population âgée de moins de 14 ans les plus faibles (comprises entre 14,3% et 17,1%). A l'instar de la distribution des parts de la population âgée de 60 ans ou plus, celle qui concerne les 14 ans à l'échelle communale met en exergue les disparités territoriales au sein de chaque CPTS.

Si la caractérisation par âge des populations est à prendre en considération dans l'état des lieux des CPTS, c'est parce qu'il s'agit d'un indicateur qui peut influencer le projet de santé élaboré par chaque CPTS. En effet, en fonction de la part d'une population d'une certaine tranche d'âge, les priorités ne sont pas les mêmes. Nous pouvons supposer que les personnes âgées vivant au sein de grande CPTS à dominance rurale ont une mobilité amoindrie. Ainsi, l'organisation et la répartition des soins importent dans la coordination des soins de la CPTS. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017), toute la population n'a pas le même accès au système de santé, renvoyant ainsi certains individus dans des « situations [...]

particulièrement vulnérables [liées à un] isolement géographique, familial ou social, [à la] précarité, [la] méconnaissance du système de santé [ou encore aux] difficultés liées à la barrière de la langue française ou du numérique ». Les personnes âgées ou à mobilité réduite peuvent être considéré comme une population vulnérable. L'HAS a également relevé la « difficulté de développer et de coordonner les actions sur les territoires, difficulté de connaître et d'accéder à ces populations ». Comme les CPTS adossent une responsabilité populationnelle, ce dispositif pourrait être un levier face à cette difficulté de développement d'actions sur les territoires puisqu'elles s'appuient sur un projet de santé territorial qui recouvre les besoins de santé de la population locale.

Cette démarche est possible à mesure que les professionnels de santé souhaitent, et surtout, puissent se mobiliser en nombre suffisant sur un territoire donné. Cette mobilisation pourrait être mise à mal si le territoire connaît un déficit de soignants.

3.2 Le déploiement des CPTS d'Ile-de-France dans un contexte de désertification médicale.

a) Les professionnels de santé de la CPTS

Nous distinguons trois types d'acteurs en mesure de constituer une CPTS³⁴ : les professionnels de santé, les professionnels des établissements de santé ainsi que les professionnels de structures médico-sociales et sociales. Les données concernant le nombre de professionnels de santé adhérant à une CPTS ne sont pas disponibles³⁵. Nous allons alors nous intéresser aux effectifs et à la densité des professionnels de santé (ici, nous distinguerons l'ensemble des médecins et les médecins généralistes en Ile-de-France) par départements.

³⁴ Selon le guide pratique « Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île -de - France » produit par l'ARS Ile-de-France en 2017

³⁵ L'ARS Ile-de-France a fait le choix de retirer cette information de sa base de données sur les CPTS puisqu'elle estime qu'il s'agit d'une donnée peu exploitable puisque le nombre de professionnels adhérant à une CPTS n'est pas systématiquement renseigné pour chaque CPTS. De plus c'est une information qui est amenée à rapidement évoluer au cours du temps.

b) Densité de l'ensemble des médecins dont les généralistes en Ile-de-France

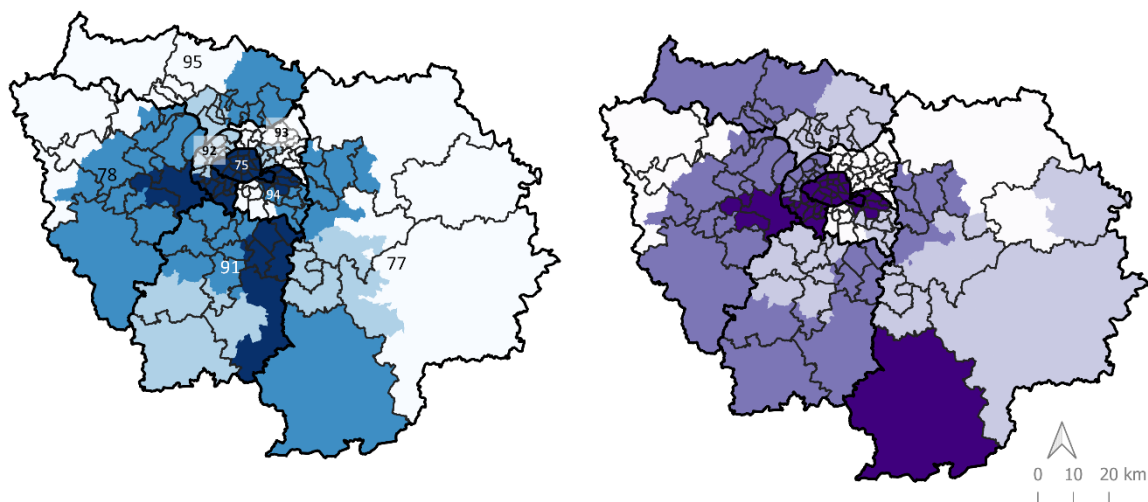
	Ensemble des médecins	Part	Densité de l'ensemble des médecins pour 100 000 habitants	Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants
Paris	18 726	39%	858	248
Hauts-de-Seine	6 426	13%	399	157
Val-de-Marne	5 360	11%	385	133
Seine-Saint-Denis	4 195	9%	258	115
Yvelines	4 116	9%	297	122
Essonne	3 256	7%	250	114
Val-d'Oise	3 135	6%	385	111
Seine-et-Marne	3 022	6%	214	100
Île-de-France	48 236	100%	396	145

Tableau 16 Effectif et densité des médecins franciliens (Sources : DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements Drees ; Insee, estimations de population 2018)

Selon les données 2018 de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), il y a, en Ile-de-France, 396 médecins pour 100 000 habitants dont 145 médecins généralistes, ce qui légèrement moins qu'à l'échelle nationale, qui recense en moyenne 153 généralistes (DREES, ASIP-Santé RPPS, Insee, 2018). En termes d'effectifs, les médecins sont plus nombreux dans les départements de Paris et sa petite couronne, où se concentrent 72% de l'ensemble des praticiens de la région. La ville de Paris à elle seule rassemble près de 40% des effectifs. Les départements les moins dotés en praticiens sont ceux de la Seine-et-Marne et du Val d'Oise. Pourtant, comme ils sont moins peuplés, leur densité de médecins pour 100 000 habitants est plus importante que la plupart des autres départements franciliens. Ainsi, l'Ile-de-France présente un nombre important de médecins généralistes. Pour autant, l'effectif de population conséquent (cf. tableau 14 page 57) réduit la densité médicale régionale).

3.2.1 Densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants : une inégale offre de soins selon les CPTS franciliennes.

75 : Paris	92 : Hauts-de-Seine
77 : Seine-et-Marne	93 : Seine-Saint-Denis
78 : Yvelines	94 : Val-de-Marne
91 : Essonne	95 : Val d'Oise



A. Tomasi, mai 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; Insee, 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

Densité des médecins généralistes (gauche) et de professionnels de soins primaires (droite) pour 10 000 hab.

A l'échelle des arrondissements départementaux

6,7 - 10,9	5,6 - 8,85
6,1 - 6,7	5,22 - 5,6
5,8 - 6,1	4,66 - 5,22
4,5 - 5,8	2,95 - 4,66
Limites des périmètres des CPTS	
Limites départementales	

Planche cartographique 3 Densité des médecins généralistes et des professionnels de soins primaires pour 10 000 habitants en Ile-de-France

Pour rendre compte des densités médicales en Ile-de-France et au sein des CPTS nous privilégierons l'échelle de l'arrondissement départemental, à laquelle nous superposerons les périmètres des CPTS, puisque ces dernières ne sont pas disponibles à l'échelle communale. Le choix de l'échelle des arrondissements départementaux plutôt que celle des départements permet de rendre compte des disparités infra-départementales. La densité médicale est rapportée à un effectif de 10 000 habitants.

La répartition des densités des médecins généralistes selon les arrondissements départementaux est alors très disparate et ne reflète pas la répartition des densités de population. L'ordre de grandeur des densités relevées n'est relativement pas très élevé

puisqu'il s'élève à presque 11 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Cette densité est observée pour les CPTS de Paris. Cela n'est pas réellement le cas pour les CPTS des départements de la petite couronne qui sont densément peuplées. Nous y observons même des disparités infra-départementales. Les plus marquées sont situées dans le Val-de-Marne où les parts de densités de généralistes oscillent entre 4,5 et 10,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants. Les parts les plus faibles se trouvent à l'ouest du département tandis que les parts les plus élevées se trouvent au nord-est. Les disparités sont moins marquées dans les Hauts-de-Seine (entre 5,8 et 6,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants au nord et 6,7 et 10,9 médecins généralistes pour 10 000 habitants au sud) et dans la Seine-Saint-Denis où les densités oscillent entre 4,1 et 6,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants. En revanche, il s'agit du département de la petite couronne aux densités de généralistes les plus faibles.

Au sein de la grande couronne, les marges départementales sont les territoires où les disparités en termes de densités sont les plus marquées. Ces disparités touchent plus particulièrement l'est de la Seine-et-Marne, le centre et l'ouest du Val d'Oise ainsi que le nord et nord-ouest des Yvelines. Inversement, les CPTS situées à la frontière entre l'Essonne et la Seine-et-Marne profitent d'arrondissements départementaux aux densités de généralistes maximales.

Outre les disparités infradépartementales en termes de densités de médecins généralistes relevées, nous observons également des disparités de densité au sein d'une même CPTS. Jusqu'à trois différentes densités de médecins généralistes peuvent concerner le territoire d'une CPTS, comme c'est le cas de la CPTS de la Brie en Seine-et-Marne ou celle du Cœur Essonne.

3.2.2 Des densités des autres professionnels de santé de premiers recours pour 10 000 habitants qui diffèrent de la densité des médecins généralistes mais qui demeurent inégales selon les CPTS franciliennes

Les professionnels de santé de premier recours renvoient à l'ensemble des chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux et sage-femmes d'Ile-de-France tels que recensés en 2021 par l'Insee. Nous avons retenu ici la moyenne que constitue l'ensemble des densités moyennes de chaque catégorie de professionnels de santé pour chaque arrondissement départemental.

La répartition des densités moyennes des professionnels de santé de premiers recours est sensiblement identique à celle des médecins généralistes, à quelques différences près (cf. planche cartographique 5 page 65). Premièrement, les ordres de grandeur sont encore plus faibles que ceux des densités moyennes de médecins généralistes, oscillant entre 2,95 et 8,85 professionnels de santé de premiers recours pour 10 000 habitants au sein des arrondissements départementaux. Les CPTS de Paris, du sud des Hauts-de-Seine, du centre-est des Yvelines ainsi que la CPTS Sud 77 (Seine-et-Marne) sont celles qui présentent les densités moyennes les plus élevées. En revanche, la totalité de la Seine-Saint-Denis enregistre des densités de professionnels de santé de premiers recours les plus faibles (entre 2,9 et 4,6 professionnels de santé de premier recours pour 10 000 habitants). Des disparités de densités de professionnels de santé de premier recours sont encore observables à l'échelle des CPTS.

Bien que nous avons établi un lien entre la densité populationnelle et la taille des périmètres des CPTS, cela ne semble pas être tout à fait le cas pour les densités médicales puisque ces dernières ne sont pas pleinement comparables aux densités populationnelles. Pour autant, les densités médicales analysées renvoient au contexte particulièrement vulnérable des déserts médicaux en Ile-de-France.

En plus des ordres de grandeurs des densités médicales qui ne sont pas élevés, nous relevons de fortes disparités territoriales de densités médicales à l'échelle des départements, des arrondissements départementaux et même à l'échelle des CPTS. Cela questionne essentiellement la capacité des CPTS à se mobiliser et à se coordonner dans de bonnes conditions afin de répondre aux besoins en santé de leur population. De ce fait, nous pourrions considérer que la densité médicale constitue un facteur de déploiement des CPTS.

Toutefois une faible densité au sein d'un territoire serait, dans une moindre mesure, un facteur de l'inégal déploiement des CPTS car une faible densité de médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé de premier recours ne limite pas le développement d'une CPTS. En effet, de nombreuses CPTS établies enregistrent de faibles densités médicales. De plus, certaines zones blanches sont plutôt bien dense en professionnel de santé, comme c'est le cas dans le Val d'Oise. Ainsi, d'autres facteurs relatifs au déploiement des CPTS doivent être explorés.

Synthèse de la partie II

Dans cette seconde partie, nous avons démontré que les caractéristiques démographiques et territoriales de la région Ile-de-France déterminent le mode de déploiement et la structure des CPTS.

Ainsi, le déploiement des CPTS franciliennes est caractérisé par de différentes dynamiques du fait que l'ensemble des huit départements franciliens ne connaissent pas des couvertures populationnelles et territoriales des CPTS semblables.

Divers paramètres participent à la caractérisation générale des CPTS franciliennes, rendant à la fois compte de la structure de ces communautés mais aussi des caractéristiques démographiques de la région. Ces mêmes paramètres peuvent être considérés, ou non, comme des facteurs favorables aux développements de CPTS.

Dans le cas où il est attendu du dispositif des CPTS de recouvrir, à terme, l'entièreté du territoire national, un des enjeux au déploiement des CPTS d'Ile-de-France correspondrait à passer outre les disparités territoriales afin d'assurer un déploiement optimal. Une bonne dynamique de déploiement territorial des CPTS est d'autant plus nécessaire que l'IGAS, dans le cadre de son rapport publié en 2018, avait stipulé que les CPTS ont été créés dans un contexte de transformation « nécessaire et urgente » des logiques des pratiques médicales des professionnels de santé, des patients et de l'ensemble de la population.

Afin de mieux saisir les enjeux au déploiement des CPTS en Ile-de-France dans un contexte de désertification médicale, il serait pertinent de mener la suite de cet état des lieux en développant l'axe des inégalités de santé de la région afin de déterminer les besoins de soins de la population et de montrer, ou non, l'adéquation du dispositif des CPTS. L'analyse tendra aussi à souligner la complémentarité, voire l'interdépendance, entre les inégalités socio-économiques et les inégalités de santé en Ile-de-France.

PARTIE III - PERTINENCE DE LA STRUCTURATION DES CPTS AU REGARD DES INEGALITES DE SANTE ET DES INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES IDENTIFIEES

1. Des fortes inégalités territoriales de la région Ile-de-France...

Dans cette première sous-partie, nous démontrerons en quoi les inégalités de développement de la région Ile-de-France sont des marqueurs de disparités entre les différentes CPTS.

1.1 Les inégalités du niveau de vie à l'échelle départementale.

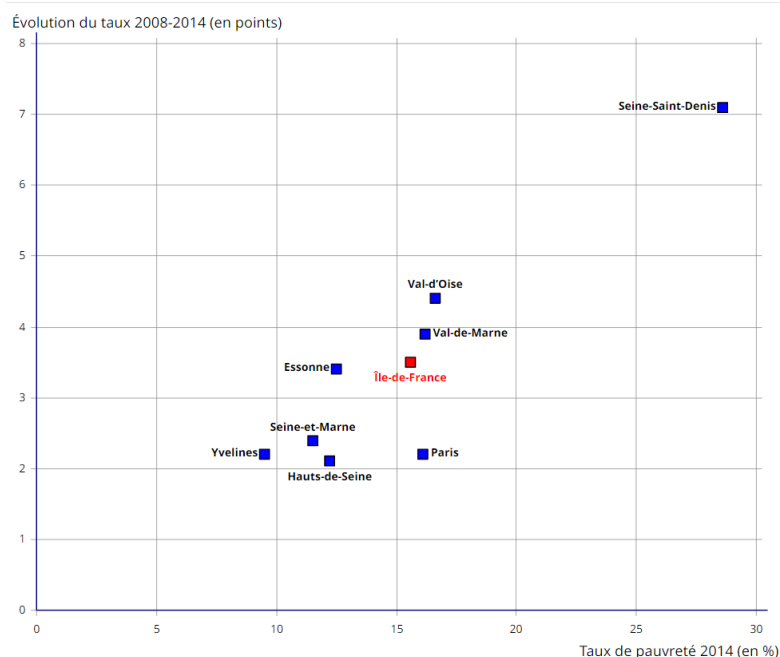
En 2018, l'Insee comptabilise en Ile-de-France 1,8 million de personnes en situation de précarité au regard du seuil national. Cela correspond à 15,6% de la population francilienne qui vit sous le seuil national de pauvreté monétaire³⁶. C'est légèrement plus que le taux de pauvreté nationale égale à 15,1% (Insee, 2018). Pour autant, les huit départements de l'Ile-de-France ne sont pas touchés par les mêmes niveaux de précarité.

Département	Part de la population vivant sous le seuil de pauvreté
Seine-Saint-Denis	28,4
Val d'Oise	17,2
Val-de-Marne	16,6
Paris	15,2
Essonne	13,1
Hauts-de-Seine	11,9
Seine-et-Marne	11,8
Yvelines	9,7
Ile-de-France	15,6

Tableau 17 Part de la population francilienne vivant sous le seuil de pauvreté (sources : Insee, Filosofi 2018)

Le taux de pauvreté le plus élevé (tableau 17), enregistré dans le département de Seine-Saint-Denis (28,4%), est trois fois plus important que le taux de pauvreté le plus bas, au sein du département des Yvelines (9,7%). La population de la région Ile-de-France connaît ainsi de fortes disparités de niveau de vie selon son département. Bien que les inégalités territoriales ne soient pas spécifiques à la seule région Ile-de-France, le phénomène de la polarisation socio-spatiale y est particulièrement probant (Ribardièrre, 2016). Il s'agit du creusement des écarts entre les territoires les plus riches et les territoires les plus pauvres.

³⁶ Ce seuil correspond à un revenu fiscal mensuel inférieur à 1086€ en 2018.



Graphique 1 Evolution du taux de pauvreté en Ile-de-France (2008-2014) (sources et réalisation : Insee, revenus disponibles localisés (RDL) 2008 et FiLoSoFi 2014.)

Le graphique 1 met en relation les taux de pauvreté de chaque département francilien en 2014 (en abscisse) et leur évolution depuis 2008 (en ordonné). En six ans, la pauvreté a augmenté de 3,5 points et s’est accentuée, de façon générale, dans chaque département. Pourtant cette accentuation ne relève pas de la même intensité en fonction des départements. L’augmentation la plus marquante concerne le département de la Seine-Saint-Denis avec une évolution de 7 points entre 2008 et 2014. Les taux de pauvreté en Essonne, dans le Val-de-Marne et dans le Val d’Oise se sont renforcés de façon moins intense que le département de Seine-Saint-Denis avec, toutefois, des augmentations comprises entre 3 et 4 points. Les plus faibles augmentations du taux de pauvreté concernent les départements de Paris, des Hauts-de-Seine, de la Seine-et-Marne et des Yvelines, qui ont eu une légère évolution de leur taux de pauvreté. En effet, leurs taux de pauvreté n’ont augmenté que de 2 à 2,5 points et n’étaient initialement pas très marqués (entre 5% et 15%) par rapport au département de Seine-Saint-Denis qui abordait en 2008 un taux de pauvreté supérieur à 20%. Ainsi, la pauvreté s’est intensifiée dans ce département qui était déjà fortement touché par la précarité. Il s’agit, par ailleurs, du département qui enregistre le plus fort taux de chômage de la région puisqu’il est égal à 10,8% tandis que la moyenne régionale est 7,4% (Insee, 2018).

1.2 Les disparités du niveau de vie à l'échelle des CPTS : mobilisation de l'indicateur du revenu médian qui montre que l'ouest francilien est davantage favorisé.

L'indicateur du niveau de vie peut être éclairant pour comprendre les disparités socio-économiques qui sévissent à l'échelle des CPTS.

Il existe plusieurs indicateurs qui permettent de définir le niveau de vie. Nous retiendrons premièrement les rapports interdéciles D1/D9 des revenus et les revenus fiscaux médians par unité de consommation. Le revenu fiscal médian par unité de consommation renvoie à la valeur du revenu tel que la moitié des unités de consommation considérées gagne moins et l'autre plus³⁷. Par ailleurs, la valeur médiane se distingue de la valeur moyenne qui prendrait en compte l'ensemble des revenus des unités de consommation. Les valeurs extrêmes influenceraient alors le revenu moyen. En 2019, l'enquête « Revenus fiscaux et sociaux » produite par l'Insee estime que le niveau de vie annuel médian des personnes vivant dans un ménage en France métropolitaine est de 22 040 euros. En Ile-de-France, le revenu annuel médian est égal à 23 915 euros, soit le revenu fiscal médian le plus élevé de France (Insee 2018). Cependant, il s'agit de la région où les disparités de niveau de vie sont les plus fortes (Insee, 2017) comme en témoignent les rapports interdéciles entre le décile qui comprend le revenu médian des 10% des individus les plus riches et le décile qui comprend le revenu médian des 10% des plus pauvres (cf. tableau 18 page 73).

³⁷ L'Insee définit l'unité de consommation de la manière suivante : « Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on divise le revenu par le nombre d'unités de consommation (UC). Celles-ci sont généralement calculées de la façon suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans. »

	Rapport interdécile D9/D1	1 ^{er} décile (en €)	9 ^e décile (en €)
Paris	6,3	10 500	65 800
Hauts-de-Seine	4,9	11 900	57 800
Seine-Saint-Denis	3,8	8 800	33 100
Val-de-Marne	4,1	10 600	43 500
Seine-et-Marne	3,2	12 100	38 200
Yvelines	3,9	12 900	49 900
Essonne	3,5	11 700	41 200
Val-d'Oise	3,6	10 600	38 400
Île-de-France	4,4	10 800	47 300
France métropolitaine	3,4	11 200	38 400

Tableau 18 Les différents indicateurs de mesure de disparités de niveaux de vie pour les départements d'Île-de-France » (extrait Insee, 2017)

Les inégalités du niveau de vie en Ile-de-France sont, non seulement plus importantes qu'à l'échelle de la France métropolitaine, mais également variables d'un département à un autre.

A Paris, les 10% les plus riches ont un niveau de vie 6,3 supérieur que les 10% les plus pauvres. Ce rapport est bien plus élevé que le rapport régional (4,4) et le rapport national (3,4). Le département des Hauts-de-Seine présente également un rapport interdécile supérieur (4,9) au rapport régional tandis que tous les autres présentent un rapport inférieur. De plus, la Seine-et-Marne est le seul département qui a un rapport interdécile inférieur à celui de la France métropolitaine. Les inégalités de niveau de vie les moins marquées en Ile-de-France sont donc celles de la Seine-et-Marne.

Connaitre les revenus fiscaux médians annuels au sein des CPTS est un élément utile à la compréhension de leur contexte territorial. La planche cartographique 6 (page 74) distingue les CPTS en fonction du revenu fiscal médian de chacune des communes les composant et du revenu fiscal médian des CPTS (réalisé à l'aide de la moyenne des revenus fiscaux médians des communes). Plus la tranche de revenu fiscal médian d'une CPTS ou d'une commune est basse, plus le niveau de vie est peu susceptible d'être très élevé.

75 : Paris	92 : Hauts-de-Seine
77 : Seine-et-Marne	93 : Seine-Saint-Denis
78 : Yvelines	94 : Val-de-Marne
91 : Essonne	95 : Val d'Oise

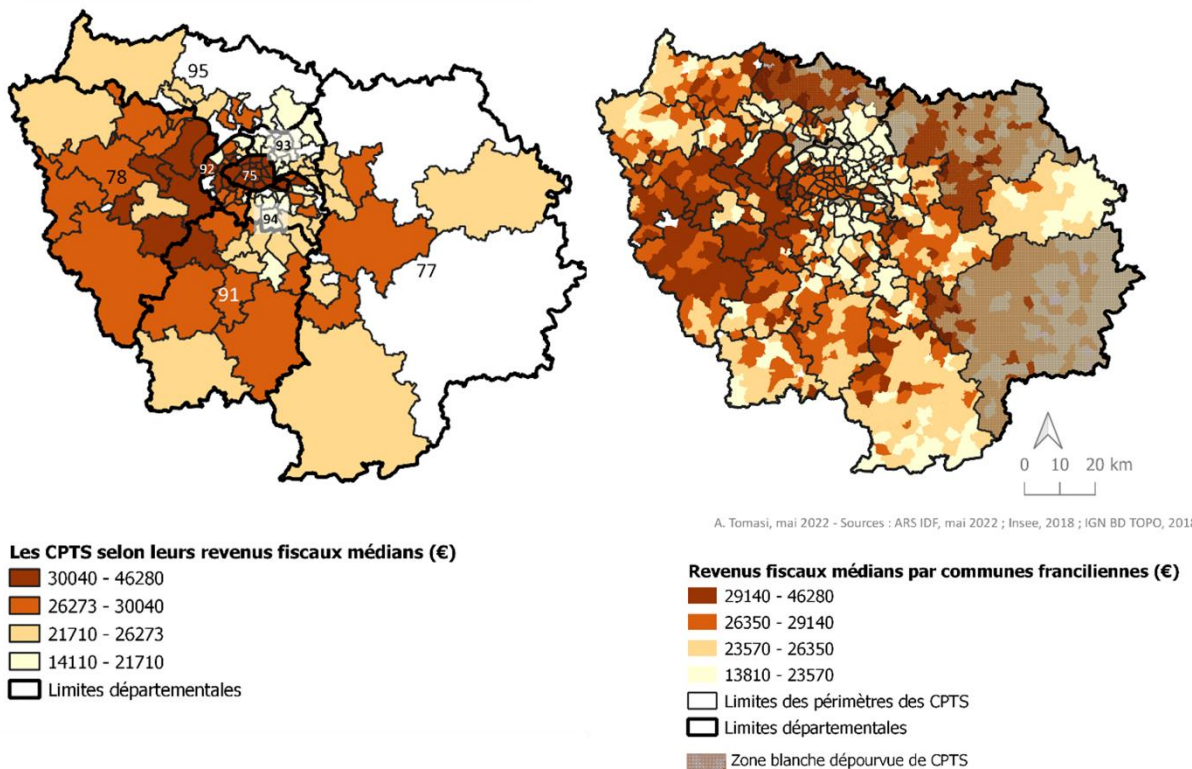


Planche cartographique 4 Revenu fiscal médian par UC (2018) des CPTS et des communes d'Ile-de-France

La carte des revenus fiscaux médians des CPTS met en évidence que l'ouest francilien est davantage privilégié que l'est de la région en termes de niveau de vie.

Les CPTS du nord des Hauts-de-Seine et du Val-de-Marne de l'est des Yvelines et de l'ouest de l'Essonne sont caractérisées par des revenus médians particulièrement élevés alors que celles de la Seine-Saint-Denis sont les plus précaires. Les autres départements présentent des CPTS aux profils de revenus médians fiscaux plutôt moyens avec une minorité de classes extrêmes.

Si toutes les CPTS ne présentent pas les mêmes niveaux de revenus fiscaux médians divergents selon les départements, cette représentation cartographique renvoie également aux données du tableau 18 (page 73). Elle met en effet d'autant plus en évidence la façon dont se manifeste les rapports interdéciles à l'échelle départementale. C'est ainsi que la classification des CPTS en fonction de leurs revenus médians fiscaux n'est pas homogène au sein de chaque département. Les clivages les plus marqués entre CPTS sont ainsi ceux de Paris

intra-muros. Les CPTS qui correspondent aux arrondissements de l'ouest (6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 16^e arrondissements) sont les plus privilégiées contrairement aux arrondissements du nord-est et du sud-est parisien.

L'indicateur du revenu fiscal médian par unité de consommation à l'échelle communale ne répond pas à une logique de répartition spatiale centre-périphérie comme cela a été le cas pour les indicateurs précédents. En effet, nous avons observé que l'ouest de l'Île-de-France présente des revenus fiscaux médians plus élevés que la partie est. Cela renvoie aux clivages historiques de l'Île-de-France. En effet, l'est parisien ainsi que les banlieues nord et sud se sont développées durant la seconde moitié du XIX^e siècle, dans le contexte de Révolution Industrielle (Carroué, 2017). Sièges des anciennes « banlieues rouges »³⁸, les classes ouvrières et populaires y étaient surreprésentées. Héritières des politiques communistes et socialistes, ces communes se sont caractérisées par la présence d'un parc de logement social important (Raad, 2017) et la relocalisation de certaines activités industrielles ou artisanales originellement basée au sein de la capitale car elles ont été jugées par le décret impérial du 15 octobre 1810 comme des « manufactures et ateliers qui répandent une odeur insalubre ou incommode ».

Depuis la désindustrialisation, ces territoires ont été économiquement et socialement fortement touchés puisqu'ils sont devenus de réels espaces de « relégation » (Stébé, 2010). En effet, la banlieue en France, et notamment en Île-de-France, est négativement associée aux « espace[s] de résidence et de travail populaires, voire d'exclusion » (Fourcaut, 2000). Ce constat résulte principalement du processus de tertiarisation du monde du travail à partir des années 1970, qui a profondément reconfiguré la structure économique urbaine (Hecquet, 2013; Polèse, 1988), n'a pas favorisé le développement économique de ces espaces. Ces territoires ont alors accumulé de nombreux « handicaps sociaux et résidentiels » (Carroué, 2017).

³⁸ Communes aux mairies communistes ou socialistes qui enserraient Paris à partir des années 1920.

La prise en compte de ce contexte territorial semble être déterminant pour le bon déploiement des CPTS et la constitution de leur projet de santé au sein de la région Ile-de-France. En effet, les liens entre pauvreté et mauvaise santé ont été maintes fois démontrés et développés (Aïach, 2010; Bréchat, 2012; Cognet, 2021). Les inégalités sociales, et leur augmentation, sont alors un des facteurs de l'aggravation des inégalités de santé. Nous tâcherons de le démontrer au cours de la sous-partie suivante.

2.aux inégalités de santé dans les CPTS.

Ainsi les interactions entre pauvreté et santé ont été mises en évidence à de multiples reprises. En effet, les inégalités sociales, et leur augmentation sont un des facteurs à l'œuvre de l'aggravation des inégalités de santé (Bréchat, 2012). S. Fleuret et R. Séchet (2006) soulignaient déjà que « les inégalités de santé [...] apparaissent largement comme une conséquence des inégalités économiques qu'elles contribuent à reproduire, au demeurant, puisqu'une mauvaise santé est, par exemple, un obstacle au travail ». Les inégalités de santé et les inégalités socio-économiques entretiennent alors une relation interdépendante.

2.1 Caractérisation de la santé de la population francilienne : l'indicateur de l'espérance de vie et ses limites.

a) Influence des inégalités socio-économiques sur l'espérance de vie

Dans le cadre de la mesure des écarts de santé, l'OMS estime qu'il faut mettre en place un indicateur « positif » qui tienne compte à la fois de la « mortalité et des issues non fatales » (OMS, 2000). La mesure de l'espérance de vie renvoie alors à une « mesure simple pour comparer l'état de santé des populations ».

Les déterminants sociaux ont un poids de taille dans la prévalence des maladies (Batifoulier et al., 2018) et influent donc sur l'espérance de vie. Pour le démontrer, l'Insee a produit en 2018 un dossier sur l'espérance de vie en fonction du niveau de vie de la population. Ce dernier révèle que chez les hommes, il y a une différence d'espérance de vie de treize années entre les plus aisés et les plus modestes. Chez les femmes, cet écart est de huit années. Le rapport présente notamment les deux tableaux 19 page 77.

Espérance de vie à 35 ans des hommes par quartile de niveau de vie mensuel et diplôme (2012 - 2016)

Diplôme	Niveau de vie mensuel moyen par quartile (euros)				Écart interquartile
	921	1 464	1 957	3 501	
Sans diplôme	38,9	43,0	44,0	45,9	7,0
Brevet, CEP	39,8	43,7	46,4	47,2	7,4
CAP, BEP, Baccalauréat	41,2	44,4	46,9	48,6	7,4
Supérieur au baccalauréat	41,8	45,9	47,8	50,3	8,5
Ensemble	40,4	44,1	46,5	49,0	8,6

Espérance de vie à 35 ans des femmes par quartile de niveau de vie mensuel et diplôme (2012- 2016)

Diplôme	Niveau de vie mensuel moyen par quartile (euros)				Écart interquartile
	921	1 464	1 957	3 501	
Sans diplôme	46,7	48,6	50,0	51,1	4,4
Brevet, CEP	48,6	51,0	52,2	52,0	3,4
CAP, BEP, Baccalauréat	48,1	51,4	52,0	53,7	5,6
Supérieur au baccalauréat	48,5	51,0	51,9	53,6	5,1
Ensemble	48,0	50,6	51,8	53,1	5,1

Tableau 19 Comparaison des espérances de vie à 35 ans des hommes et des femmes par quartile de niveau de vie mensuel et diplôme (source : Insee, 2016)

Que cela soit du côté des hommes ou du côté des femmes, les revenus mensuels moyens déterminent l'espérance de vie à 35 ans : avec ou sans diplôme, plus on est financièrement aisé, plus l'espérance de vie augmente. Nous constatons que les femmes ont même tendance à vivre plus longtemps que les hommes et que les écarts interquartiles entre les femmes aux revenus les plus faibles et les femmes aux revenus les plus élevés sont moins importants que ceux des hommes, tout niveau de diplôme confondu. En somme, en plus du niveau de vie, le genre impacte l'état de santé tel qu'exprimé par l'espérance de vie

b) Inégalité de l'état de santé des populations d'Ile-de-France

En considérant les indicateurs de mortalité et d'espérance de vie, la population de l'Ile-de-France apparaît comme une population globalement en bonne santé. En effet, l'espérance de vie des femmes (85,9 ans) et des hommes (80,6 ans) à la naissance est plus élevée que celle à l'échelle nationale (0,4 ans de plus pour les femmes et 1,6 ans de plus pour

les hommes) (Insee, 2019). Pourtant, la comparaison des espérances de vie des hommes et des femmes par département (tableau 20) met une nouvelle fois en évidence des disparités infrarégionales.

	Homme	Ecart à la moyenne des franciliens	Femme	Ecart à la moyenne des franciliennes
Hauts-de-Seine	82,1	1	86,8	1
Yvelines	81,8	1	85,5	0
Paris	81,6	1	86,6	1
Val-de-Marne	80,9	0	85,8	0
Essonne	80,8	0	86,9	1
Val d'Oise	79,9	-1	84,2	-2
Seine-et-Marne	79,8	-1	86,2	0
Seine-Saint-Denis	78,2	-2	85,2	-1
Ile-de-France	80,6		85,9	

Tableau 20 Espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes en Ile-de-France (source : Insee, état civil, estimations de population, 2021 – données provisoires)

Les écarts à la moyenne régionale montrent que les départements d'Ile-de-France où les espérances de vie sont les plus faibles sont ceux de la Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne. En revanche, dans les Hauts-de-Seine et à Paris les hommes et les femmes vivent en moyenne plus que dans n'importe quel autre département francilien. C'est également le cas pour les hommes vivant dans les Yvelines et les femmes qui vivent en Essonne.

Néanmoins, l'indicateur de l'espérance de vie pour estimer l'état de santé d'une population demeure résolument synthétique, et par conséquent limité. Cet indicateur figure incomplet puisqu'il ne prend pas en compte l'espérance de vie sans incapacité. Ce paramètre fait notamment l'objet d'un autre indicateur rendant compte du nombre d'années que peut espérer vivre un individu sans être limité dans ses activités quotidiennes³⁹. Pour mieux appréhender les enjeux des disparités sanitaires, et leur corrélation avec les disparités relatives aux niveaux de vie, il convient de mobiliser d'autres indicateurs.

³⁹ Cet indicateur est calculé en France par la DREES à partir de données exhaustives de mortalité et d'une question sur l'incapacité posée à un échantillon de 14 000 ménages. Elle s'élève, en 2018, à 64,5 ans pour les femmes et à 63,4 ans pour les hommes.

2.2 Mobilisation de l'indicateur de la part des bénéficiaires de l'affection longue durée à l'échelle des CPTS, corrélé à l'indicateur du revenu fiscal médian ?

L'état de santé peut être également caractérisé par les parts de bénéficiaires en affection longue durée (ALD)⁴⁰ au sein des communes et CPTS franciliennes. Nous pourrions considérer les parts de bénéficiaires en ALD comme un indicateur plutôt englobant puisqu'il renvoie au contexte de transition démographique et au développement des maladies chroniques, grand « défi du XXI^e siècle » (IRSPUM, 2013). Si elles contractent des maladies chroniques, les populations vieillissantes sont alors amenées à vivre plus longtemps avec leur pathologie pouvant altérer leur qualité de vie, d'où la nécessité d'une offre de soins accessible. De plus, les patients atteints d'une maladie chronique systémique⁴¹ sont plus susceptibles d'avoir recours à une prise en charge médicale pluriprofessionnelle, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection polyopathologique⁴². Un bénéficiaire de l'ALD aurait alors tout un intérêt d'inscrire sa prise en charge médicale au sein d'une CPTS.

L'indicateur de l'ALD apparaît d'autant plus pertinent du fait que la prévalence des bénéficiaires en ALD en Ile-de-France fait écho aux revenus médians fiscaux (*cf.* planche cartographique 7 page 80). En effet, en comparant ces deux indicateurs nous constatons que les CPTS qui présentent des parts de bénéficiaires en ALD élevées sont celles qui présentent des profils de revenus fiscaux médians faibles.

⁴⁰ L'assurance maladie définit les ALD comme une affection « dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. Cela signifie que le patient bénéficie d'un remboursement à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale de ses frais de santé liés à l'ALD ». Trente ALD (ALD 30) ont été décrétées. Il existe pour autant certaines ALD non exonérantes ou qui ne figurent pas parmi la liste « ALD 30 ».

⁴¹ Les maladies systémiques désignent les pathologies inflammatoires et/ou auto-immunes qui renvoient à un ensemble d'affections différentes menant à une altération de la fonction de plusieurs organes, tissus et/ou systèmes.

⁴² Il s'agit ici d'une « ALD 32 » qui est associé aux patients atteints de « plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois. » (Article R. 322-6 du Code de la Sécurité sociale, créé par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008.)

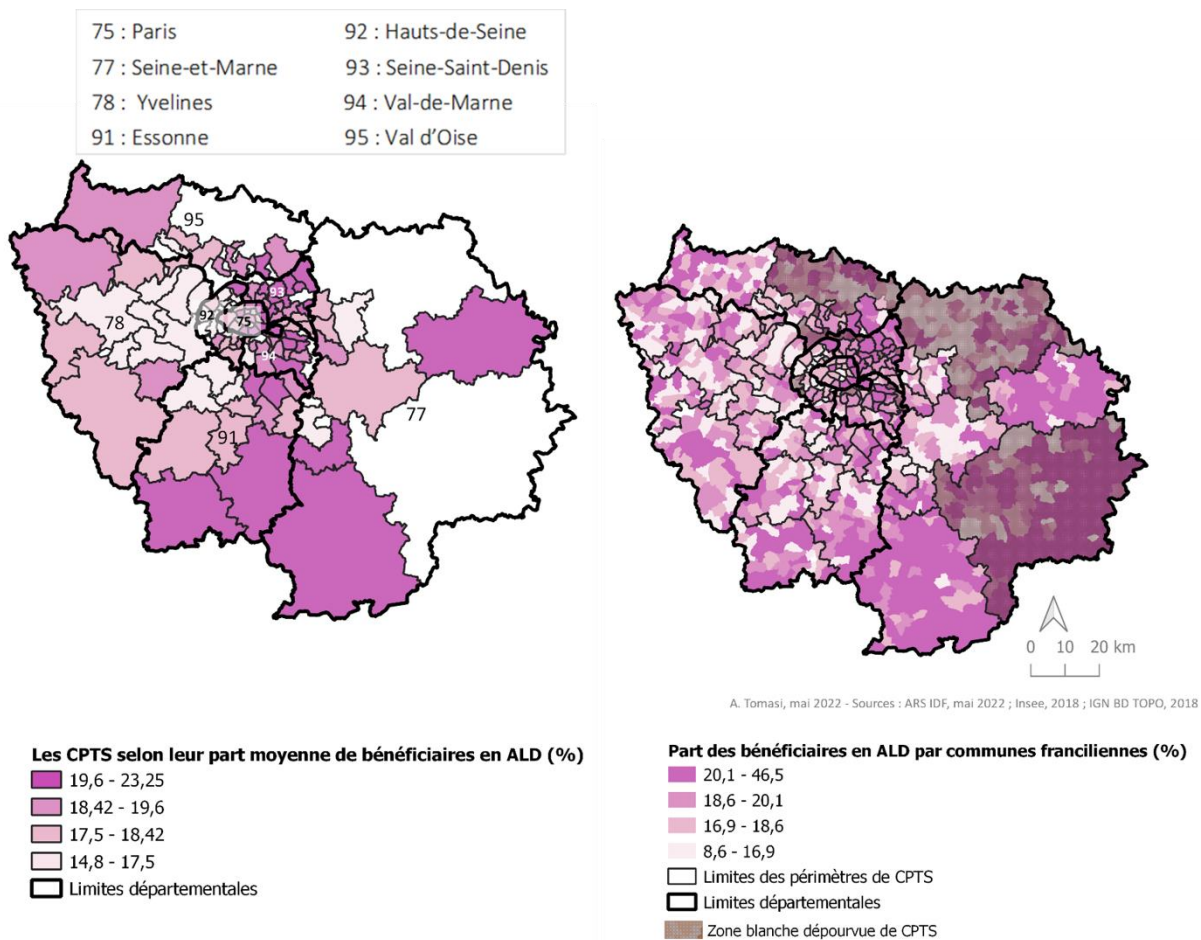


Planche cartographique 5 Part des bénéficiaires en ALD dans les CPTS et les communes d'Ile-de-France

Les CPTS de l'est parisien et essonien, de Seine-Saint-Denis, du Val de Marne, du sud et sud-est de la Seine-et-Marne ainsi que du sud-est du Val d'Oise sont particulièrement concernées par des grandes parts de bénéficiaires en ALD. A l'inverse, les CPTS de l'ouest parisien et, de façon générale, l'ouest de l'Ile-de-France relèvent de parts de bénéficiaires en ALD plus faibles. La répartition des parts de bénéficiaires en ALD concorde ainsi avec celle des revenus fiscaux médians annuels qui opère un clivage entre l'est et l'ouest de la région Ile-de-France.

Aussi, la répartition des parts bénéficiaires en ALD à l'échelle communale démontre une fois de plus les disparités territoriales que connaît la région avec des territoires de banlieues et les marges départementales de grandes couronnes particulièrement touchés par des contextes socio-économiques et sanitaires précaires. Notons qu'une grande partie des communes non concernées par une CPTS sont des communes où la prévalence de bénéficiaires en ALD est forte. Ces communes se situent surtout à l'est de la Seine-et-Marne.

Il ne s'agit pas ici d'établir un rapport déterministe entre le niveau de vie et l'état de santé, mais la considération des inégalités socio-économiques s'est révélée éclairante pour la compréhension des inégalités de santé des territoires franciliens.

3. Les CPTS, une réponse aux inégalités territoriales de santé ?

En établissant des CPTS, les acteurs à l'initiative de ces échelons d'organisation des soins de proximité proposent un nouveau mode d'appropriation du territoire local. Ce mode de procédé est inédit puisque le système de soins français ne s'est historiquement pas organisé sur une base territoriale locale décentralisée mais sur une offre de soins régulée par l'Etat et une gestion des ressources entreprises par les CPAM (Bourgueil, 2017). En cela, les CPTS apparaissent comme une nouvelle solution aux déserts médicaux puisqu'il s'agit d'offrir offre de soins en cohésion avec les besoins de la population du territoire de la communauté. Dans un article relatant de la CPTS des Mureaux (Yvelines) comme une innovation territoriale, P. Clerc et M.H Certain (2020) citent la capacité des CPTS à rassembler des acteurs de santé d'un territoire comme une des « conditions de réussite » pour la mise en place de ce dispositif. Bien plus qu'un rassemblement, les acteurs de santé doivent parvenir à « redonner du sens à leur pratique en soins primaires ». Toutefois, nous avons précédemment vu, notamment à travers le rapport de L'IGAS, que l'histoire du territoire détermine grandement la portée d'une CPTS, limitant voire remettant ainsi en cause les conditions de réussite nécessaires au déploiement des CPTS. En effet, N. Vézinat (2021) estime que dans la mesure où les CPTS relèvent d'initiatives professionnelles locales, leur déploiement peut générer des « variations territoriales fortes et une rupture d'égalité ». Cette rupture d'égalité pourrait s'observer à deux niveaux. Premièrement, entre les territoires dotés de CPTS et ceux qui en sont dépourvu. Ce point a essentiellement été souligné par les territoires qui se situent au sein des zones blanches et qui enregistrent de fortes parts de bénéficiaires en ALD, de personnes âgées de plus de 60 ans et de faibles revenus fiscaux médians annuels et densité de professionnels de santé. La rupture d'égalité pourrait également s'opérer entre les CPTS franciliennes elles-mêmes. En effet, compte tenu des nombreuses disparités territoriales relatives aux indicateurs socio-économiques, et dans plus large mesure, les indicateurs démographiques, le questionnement autour de l'organisation et le bon fonctionnement des CPTS s'est développé. Le constat de ces variations territoriales nous mène à nous demander

si les CPTS d'Ile-de-France sont toutes dotées des mêmes moyens pour assurer leur développement.

Autrement dit, nous pourrions nous demander si une CPTS qui se situe dans un territoire particulièrement touché par des inégalités du niveau de vie, de santé et d'offre de soins, présente les mêmes chances de réaliser son projet de santé (lui-même en partie déterminé par le contexte territorial) qu'une CPTS qui se situerait dans un territoire considéré plus privilégié. Nous avons souligné que l'ACI convient un financement des CPTS qui couvre à la fois les dépenses liées à leur structure et aux missions qu'elles comptent déployer (*cf.* carte 3 page 44). Si ce financement participe au développement et à la pérennisation d'une communauté (*cf.* tableau 5 page 24 qui montre l'évolution du nombre de CPTS créée après la date de mise en place de l'ACI), les critères du seuil de ce financement se basent uniquement sur la taille des CPTS et non sur leur contexte territorial. C'est en cela que pourrait résider en partie les potentielles « variations territoriales » qu'évoque N. Vézinat.

Synthèse de la partie III

Cette ultime partie a premièrement mis en évidence les liens entre inégalités du niveau de vie et inégalités de santé de la population. Leur lien est particulièrement probant en Ile-de-France.

Il existe de multiples indicateurs pour caractériser le niveau de vie et l'état de santé d'une population et le nombre limité d'indicateurs mobilisés renvoie au fait qu'il ne s'agissait pas de mettre en place un diagnostic territorial de santé des CPTS de la région Ile-de-France. En effet, l'enjeu de cette partie était surtout de montrer, dans quelle mesure, la mise en place des CPTS, et la manière dont elles se structurent, peuvent se présenter telle une solution pour résorber les inégalités de santé et des inégalités socio-économiques qui en sont liées.

Ce questionnement renvoie directement à celui des bonnes conditions de déploiement des CPTS. Si nous considérons que les communautés peuvent porter une action sur les disparités socio-territoriales, ces dernières influent également le déploiement des CPTS, surtout lorsqu'elles sont couplées à la préexistence, ou non, de formes de coordinations de l'offre de soins primaires.

CONCLUSION

Les CPTS sont un objet qui présente une multitude de pistes de recherches à exploiter. La démarche géographique propose une approche permettant de rendre compte des enjeux et les spécificités territoriales propres aux déploiements des CPTS au sein d'un territoire donné.

Les travaux effectués dans le cadre de ce mémoire ont étayé le fait que les disparités spatiales régionales telles qu'observées dans la région d'étude reflètent les disparités du déploiement territorial de ses CPTS. Dans une certaine mesure, ces disparités déterminent les modes de structurations des communautés territoriales. Ainsi, les indicateurs mobilisés dans le cadre de l'état des lieux des CPTS d'Ile-de-France tendent à démontrer les liens entre l'inégal déploiement des CPTS et les disparités spatiales de la région. Les trois grandes inégalités de déploiement des CPTS franciliennes identifiées sont d'ordre territoriale (surface régionale couverte par le dispositif), structurelle (composition territoriale et démographique des CPTS) et administrative (relative à la contractualisation de l'ACI). Il n'existe donc résolument pas un modèle unique de CPTS, tout comme la région Ile-de-France ne connaît pas un seul type de territoire. Les enjeux portés par le projet de santé d'une CPTS renvoient en partie au contexte territorial dans lequel cette dernière s'est déployée.

En plus d'établir quelques éléments explicatifs à la différenciation spatiale des CPTS franciliennes, cet état des lieux nous invite également à questionner la capacité des communautés à rendre leur territoire plus résilient face aux inégalités de santé. Nous pouvons également nous interroger sur la pérennité d'un tel dispositif. En effet, si l'Ile-de-France connaît des dynamiques de déploiement des CPTS notables, ce dispositif renvoie à un découpage territorial supplémentaire pour l'action en santé qui connaît des limites de déploiement et de démocratisation. Ce manque de démocratisation peut être, d'une part, appuyé par la littérature sur le développement des CPTS qui a pu souligner le manque de lisibilité de ce dispositif. La difficulté de l'accès à l'information ressentie durant la période de mon stage peut également être le reflet de la faible démocratisation relative des CPTS en Ile-de-France.

Cet état des lieux permet ainsi d'apporter les éléments de contexte essentiels pour la compréhension des dynamiques de déploiement et des facteurs de disparités spatiales des CPTS d'Ile-de-France. Pour autant, quelques biais relatifs à l'identification des CPTS sur le territoire régional ont pu être identifiés. Ces biais concernaient essentiellement la méthodologie du recensement des données sur les CPTS étudiées. De plus, cet état des lieux conserve une dimension exploratoire. Les données, telles qu'elles ont pu être exploitées, ont déjà fait l'objet d'une réactualisation. Les résultats présentés ne sont toutefois pas à considérer comme obsolète puisqu'ils documentent le paysage des CPTS franciliennes à une période donnée. De plus, les indicateurs mobilisés constituent une sélection non exhaustive d'éléments propres à la caractérisation des CPTS franciliennes et à leur caractérisation territoriale et d'autres pistes peuvent encore être abordées en vue de proposer, à terme, un véritable diagnostic territorial des CPTS d'Ile-de-France. S'il ne pose pas des résultats définitifs, cet état des lieux présente tout de même quelques pistes pour la mise en place d'une classification des CPTS franciliennes.

Bibliographie

Articles et ouvrages

- Aïach, P.** (2010). *Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants*. Éditions Sciences
- Adam, M** (2019) Notion en débat : production de l'espace, *Géoconfluences*, janvier 2019.
URL : <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/a-la-une/notion-a-la-une/production-de-lespace/>
- Babinet, O., & Bagnis, C. I.** (2021). *Les déserts médicaux en question(s)*. Presses de l'EHESP.
- Bartoli, A., & Sebai, J.** (2015). L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. *Gestion 2000*, 32(6), 17-37.
- Batifoulier, P., Silva, N. D., & Domin, J.-P.** (2018). Chapitre 6. Le patient dans un monde d'inégalités. *Cursus*, 135-156.
- Bourgueil, Y.** (2009). Secteur ambulatoire : Des enjeux majeurs d'organisation et de régulation pour l'avenir. *Regards croisés sur l'économie*, 5(1), 159-167.
- Bourgueil, Y.** (2017). L'action locale en santé : Rapprocher soins et santé et clarifier les rôles institutionnels ? *Sciences sociales et sante*, 35(1), 97-108.
- Bourgueil, Y., Ramond-Roquin, A., & Schweyer, F.-X.** (2021) *Les soins primaires en question(s)* (p. 35-44). Presses de l'EHESP.
- Bréchat, P.-H.** (2012). 24. *La planification de la santé : Déterminants de santé, précarité inégalités de santé et innovations*. Presses de l'EHESP.
- Brunet, R et al.** (1992) *Les Mots de la géographie, dictionnaire critique*. coll. Dynamiques du territoire
- Cachard, J.** (2020). Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : Quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? *Revue française des affaires sociales*, 1, 143-165.
- Carroué, L.** (2017). *La France des 13 régions*. Armand Colin. h

- Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., & Mousques, J.** (2018). « Déserts médicaux » en France : État des lieux et perspectives de recherches. *L'espace géographique*, 47(4), 362-380.
- Clément, M.-C., Couralet, P.-E., Mousquès, J., Pierre, A., & Bourgueil, Y.** (2009). Primary Care Health Houses : A new balance between continuity, accessibility of care and health professionals working conditions? *Sante Publique*, 21(hs1), 79-90.
- Cognet, M.** (2021). La fabrique des inégalités de santé. Une réalité sociale trop souvent tue. *Revue française des affaires sociales*, 3, 117-123.
- de Fontgalland, C. & Rouzaud-Cornabas, M.** (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Santé Publique*, 32, 239-246.
- Di Méo, G.** (2003), « Production de l'espace », in Jacques Lévy et Michel Lussault (dir.), *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Belin, p. 746–747.
- Falcoff, H., Gasse, A., Berraho-Bundhoo, Y. & Dubois, S.** (2019). Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13^e arrondissement de Paris. *Regards*, 56, 93-104.
- Faure, A.** (2004). Annie Fourcaut, *La banlieue en morceaux. La crise des lotissements défectueux en France dans l'entre-deux-guerres*, Grâne, Créaphis, 2000, 339 p.. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, n^o(sup>51-1), 234-234.
- Ferru, M., & Omer, J.** (2021). Les communautés professionnelles territoriales de santé : Une relecture du dispositif en termes de proximités. *Innovations*, 65(2), 21-48.
- Fleuret, S., & Séchet, R.** 2006. Spatialité des enjeux de pouvoir et des inégalités : pour une géographie sociale de la santé. In Séchet, R., & Veschambre, V. (Eds.), *Penser et faire la géographie sociale : Contribution à une épistémologie de la géographie sociale*. Presses universitaires de Rennes
- Fouchier, V.** (2010). Chapitre 7 - Les enjeux spatiaux de la métropole francilienne. Dans : Laurent Cailly éd., *La France, une géographie urbaine* (pp. 129-148). Paris: Armand Colin.
- Frémont, A** (1976) *La région espace vécu*

- Guagliardo, M.F** (2004), "Spatial accessibility of primary care: concepts, methods, and challenges" *International Journal of Health Geographics*
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X.** (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11-31.
- Hecquet, V.** (2013). Emploi et territoires de 1975 à 2009 : Tertiarisation et rétrécissement de la sphère productive. *Economie et Statistique*, 462(1), 25-68.
- Lefebvre, H.** (1974) La production de l'espace. In: *L'Homme et la société*, N. 31-32, 1974. Sociologie de la connaissance marxisme et anthropologie. pp. 15-32
- Leicher, C.** (2019). CPTS et territoire. *Regards*, 56(2), 81-92.
- Odier, B., & Falcoff, H.** (2021). Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), une opportunité pour la psychiatrie de secteur. *L'information psychiatrique*, 98(8), 703-714.
- Penchansky R, Thomas JW.** (1981) The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction.
- Polèse, M.** (1988). La transformation des économies urbaines : Tertiarisation, délocalisation et croissance économique. *Cahiers de recherche sociologique*, 6(2), 13.
- Raad, L.** (2017). Pour qui produit-on du logement social ? Le cas de la banlieue rouge. *Espaces et sociétés*, 170(3), 33-50.
- Ribardière, A.** (2016). Richesse et pauvreté dans les communes populaires franciliennes : Les politiques du logement changent-elles la donne ? *L'Espace géographique*, 45(1),
- Riffaud, A., & Coulouma, E.** (2007). Le médecin territorial, un maillon essentiel entre population et responsables de politiques de santé. *Santé Publique*, 19(hs), 61-64.

Rist, S., & Rogez, R. (2020). Les CPTS : De l'ambition politique à la réalité territoriale. *Les Tribunes de la sante*, 63(1), 51-55.

Salem, G. (1995) Géographie de la santé, santé de la géographie.. In: *Espace, populations, sociétés*,. La géographie de la santé en question. pp. 25-30.

Stébé, J.-M. (2010). Le malaise des banlieues sensibles. *Que sais-je?*, 4(3507), 39-74.

Veziat, N. (2021). La fédération des maisons de santé comme adjuvant des pouvoirs publics. *Revue Francaise de Socio-Economie*, 26(1), 87-106.

Zembri, P. (2020). Les enjeux d'accessibilité dans la ville : Entre équité spatiale et exclusion sociale. *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement. Territory in movement Journal of geography and planning*, 47, Article 47.

Articles de presse

Morelli, S. (janvier 2021). *En Essonne, les professionnels de santé se sont unis pour faciliter l'accès aux soins*. leparisien.fr.

Stromboni, C. (mars 2022) *Déserts médicaux : en Ile-de-France, 62,4 % de la population en zone « rouge »* lemonde.fr

Documents

ARS Ile-de-France, 2017 Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île -de -France Guide pratique

AvecSanté, 2020, Construire une CPTS

Conseils Territoriaux de Santé Ile-de-France, 2020 Compte rendu de la séance plénière du 9 janvier 2020 (Essonne)

FFMPS, 2018 Guide Pratique, construire une CPTS

HAS, 2017 Personnes vulnérables et éloignées du système de santé : s'appuyer sur les médiateurs et interprètes pour améliorer l'accès aux soins

IGAS, 2018 Rapport sur le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, Appui à la DGOS

IRPSUM, Université de Montréal ,2013 Les maladies chroniques : le défi du XXIe siècle

INSEE Analyses Ile-de-France, 2017 *En 2017, l'Île-de-France reste la région où les écarts de niveaux de vie sont les plus importants, notamment à Paris*

INSEE Analyses Ile-de-France, 2018 *1,8 million de Franciliens exposés à la pauvreté et 470 000 dans son halo*

INSEE, 2018 Enquêtes et études démographiques *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*

INSEE, 2022 Enquête revenus fiscaux et sociaux. ERFS

INSEE, 2022 Dossier complet Ile-de-France

INSEE, 2022 La grille communale à 4 niveaux

Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016 - INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

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

Sitographie

Ameli.fr, <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

ARS, ARS Ile-de-France <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante> ; <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>

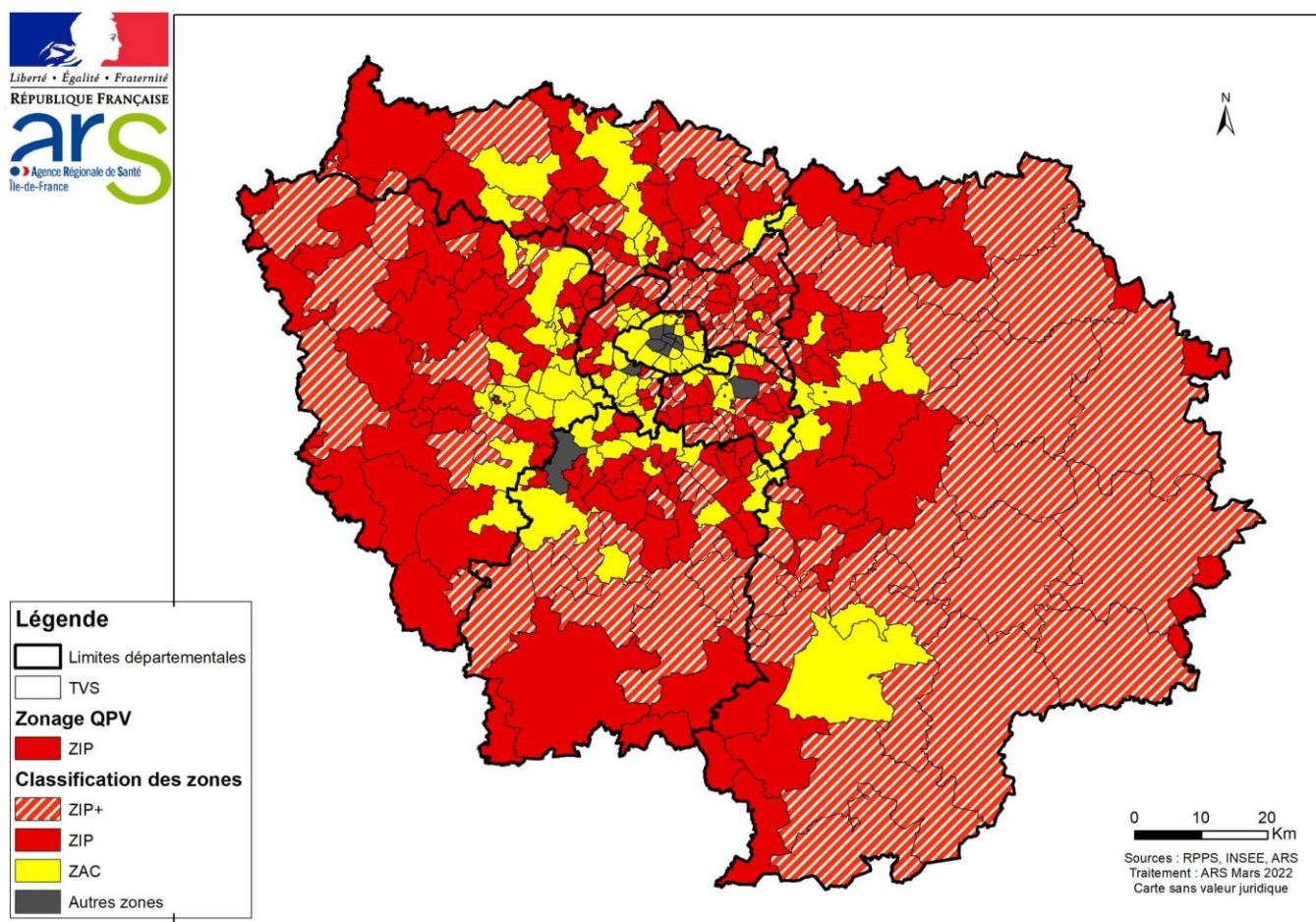
FNCPTS <https://www.fcpts.org/>

Santégraphie.fr, cartographie des CPTS d'Ile-de-France

https://santegraphie.fr/mviewer3/?x=281742&y=6228220&z=9&l=Ambulatoireprojets_doublons*%252CsantegraphieADMIN_DPT_IdF*%252Ccpts&lb=positron&config=app%2Fcpts_v2.xml&mode=Normal#

Annexes

- Annexe 1 : Zonage conventionnel des médecins généralistes d'Ile-de-France



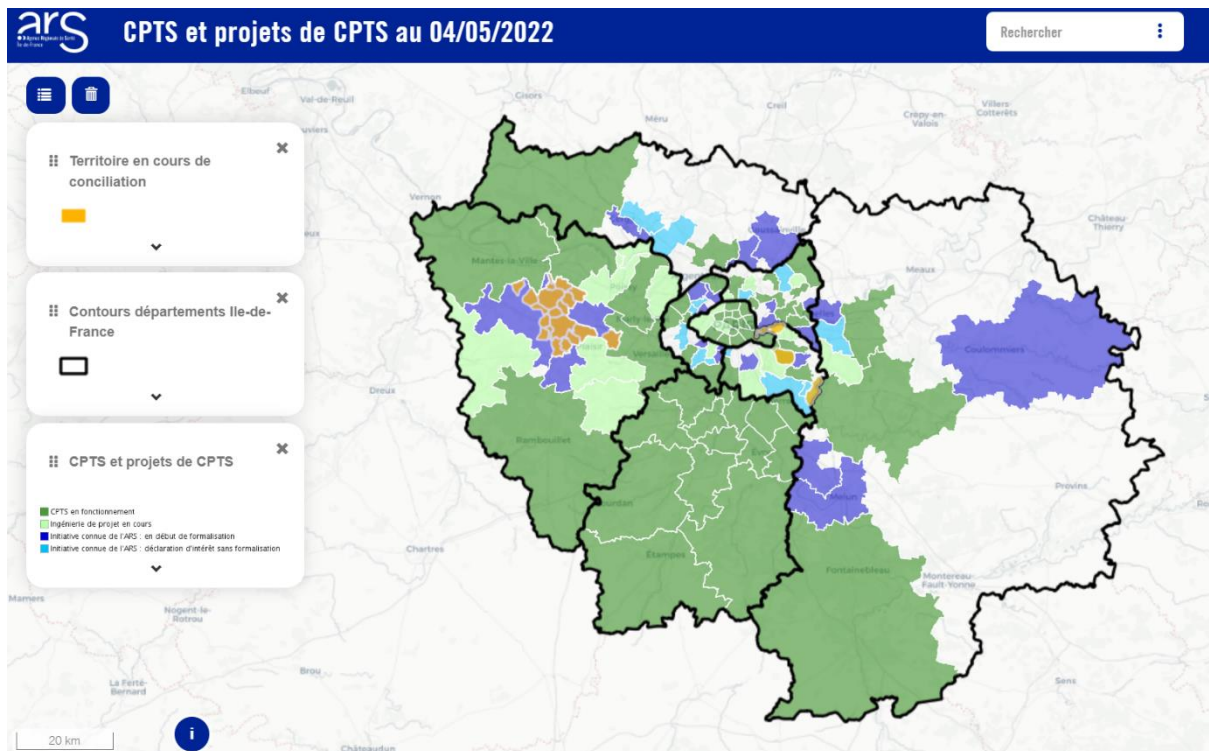
Source : ARS Ile-de-France, 2022

La méthodologie utilisée par l'ARS Ile-de-France pour la réalisation de la cartographie du zonage conventionnel des médecins généralistes repose sur la création d'un score sur sept critères. Cette méthodologie est spécifique à la région Ile-de-France puisque la méthodologie nationale repose en grande partie sur l'indicateur de l'accessibilité potentielle localisée (APL). Il s'agit d'un indicateur calculé par la DREES qui met en relation l'activité par praticien (nombre de consultations ou visites/an), le temps d'accès au praticien et la consommation de soins par classe d'âge. Cette méthodologie s'applique sur le maillage des territoires vie-santé (TVS). Le ministère de la Santé et de la Prévention définit cette maille comme un « découpage construit en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. Le territoire de vie-santé, qui peut se situer sur

plusieurs départements ou régions, regroupe en général une ou plusieurs communes : ainsi, il reflète l'organisation des déplacements courants sur ce territoire. »⁴³. Outre les ZIP qui concernent 62,4% des Franciliens, l'ARS identifie également des zones d'actions complémentaires, bénéficiaires des aides de l'Etat (ZAC) qui représentent une part de 33,9% d'habitants (2022). Ces territoires se concentrent principalement à Paris et dans l'ouest francilien. Deux zonages supplémentaires ont été élaborés : celui des ZIP en QPV, compte tenu de l'important nombre de ces quartiers dans la région et celui des « ZIP + ». Ce sont des territoires davantage touchés par des difficultés d'accès aux soins et l'absence de nouvelles installations. Les médecins généralistes qui viennent s'y installer bénéficient d'incitations financières supplémentaires et d'un soutien particulier à leur exercice. Les territoires classés en ZIP + sont majoritaires en Ile-de-France, et plus particulièrement dans les départements de Seine-et-Marne et de Seine-Saint-Denis. Plus de 96,3% des Franciliens vivent donc dans un territoire faiblement doté en médecins généralistes. Seulement 3,7% des territoires d'Ile-de-France ne bénéficient d'aucune aide et sont donc considérés en dehors de toute zone. Il s'agit des arrondissements centraux de Paris, des communes de Gif-sur-Yvette et de Bures-sur-Yvette en Essonne, d'Issy-les-Moulineaux dans les Hauts-de-Seine et de Saint-Maur-des-Fossés dans le Val-de-Marne. Cette classification met ainsi en évidence le contexte alarmant de la désertification médicale en Ile-de-France.

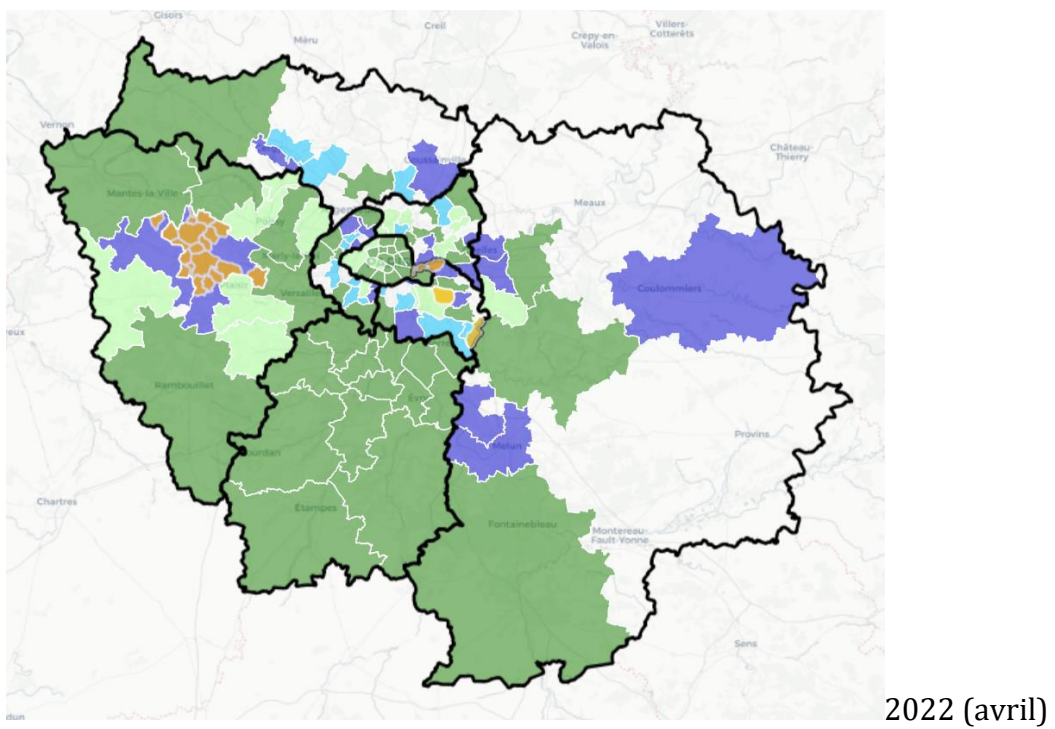
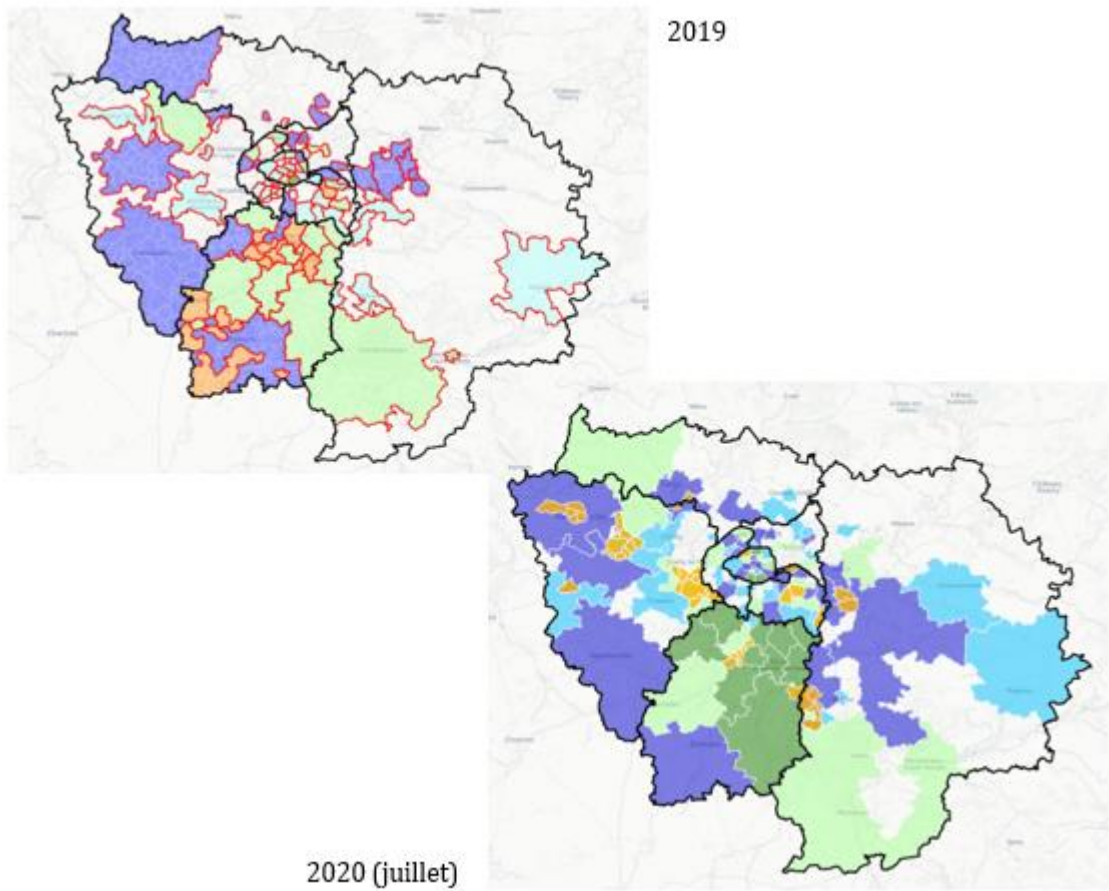
⁴³ « Accès aux soins : pourquoi et comment identifier les zones sous-denses en médecins ? » <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>

- Annexe 2 : Cartographie des CPTS par l'ARS Ile-de-France et Santégraphie

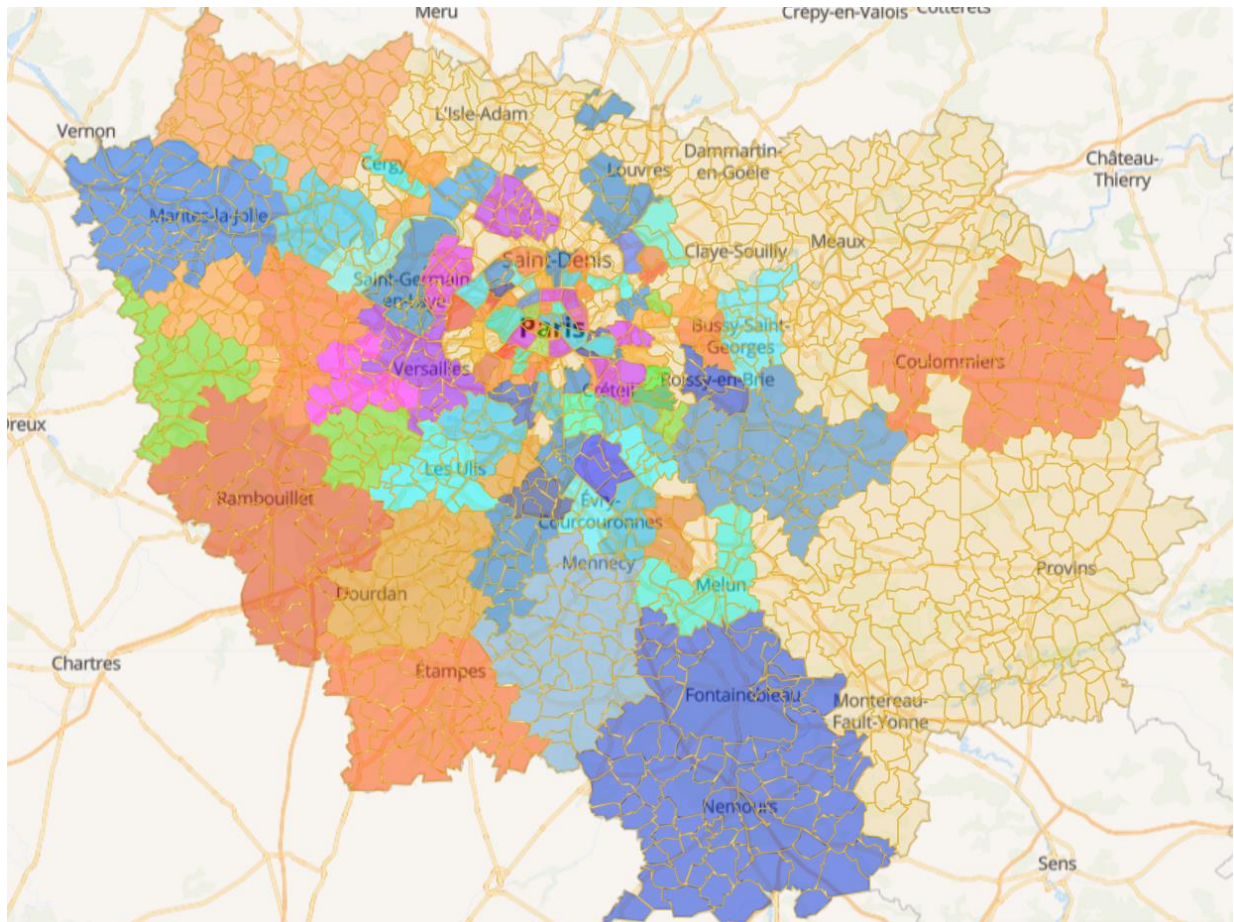


Capture d'écran santégaphie.fr à la date du 4 mai 2022

- Annexe 3 Evolution des territoires en conciliation selon l'ARS IDF

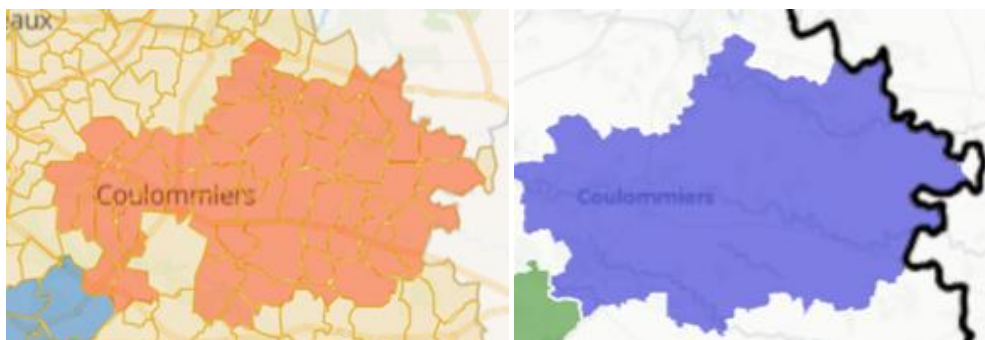


- Annexe 4 : La carte des CPTS par la FNCPTS

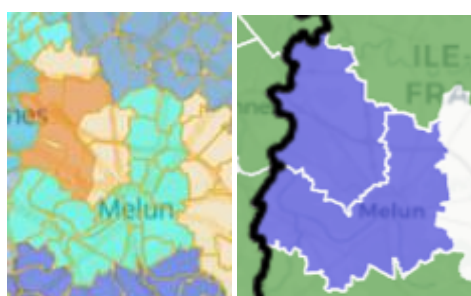


Capture d'écran fncpts.org à la date du 24 juin 2022

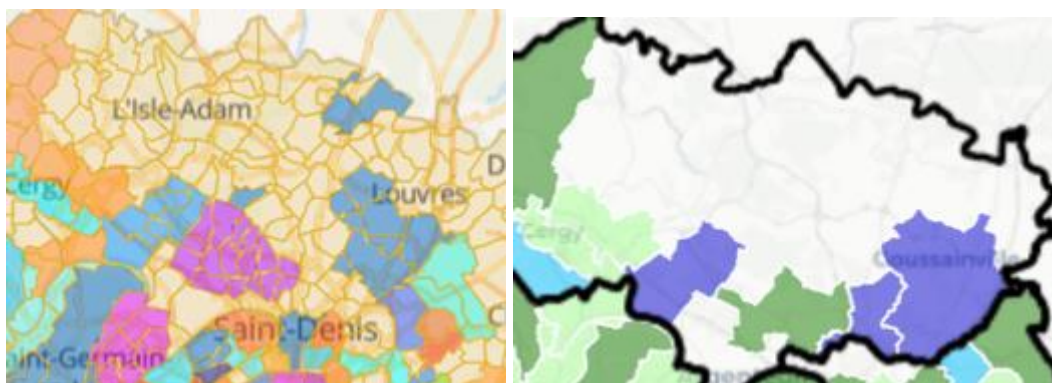
- Annexe 5 : Comparaison des cartes de Santégraphie et de la FNCPTS



La CPTS de Coulommiers (77)

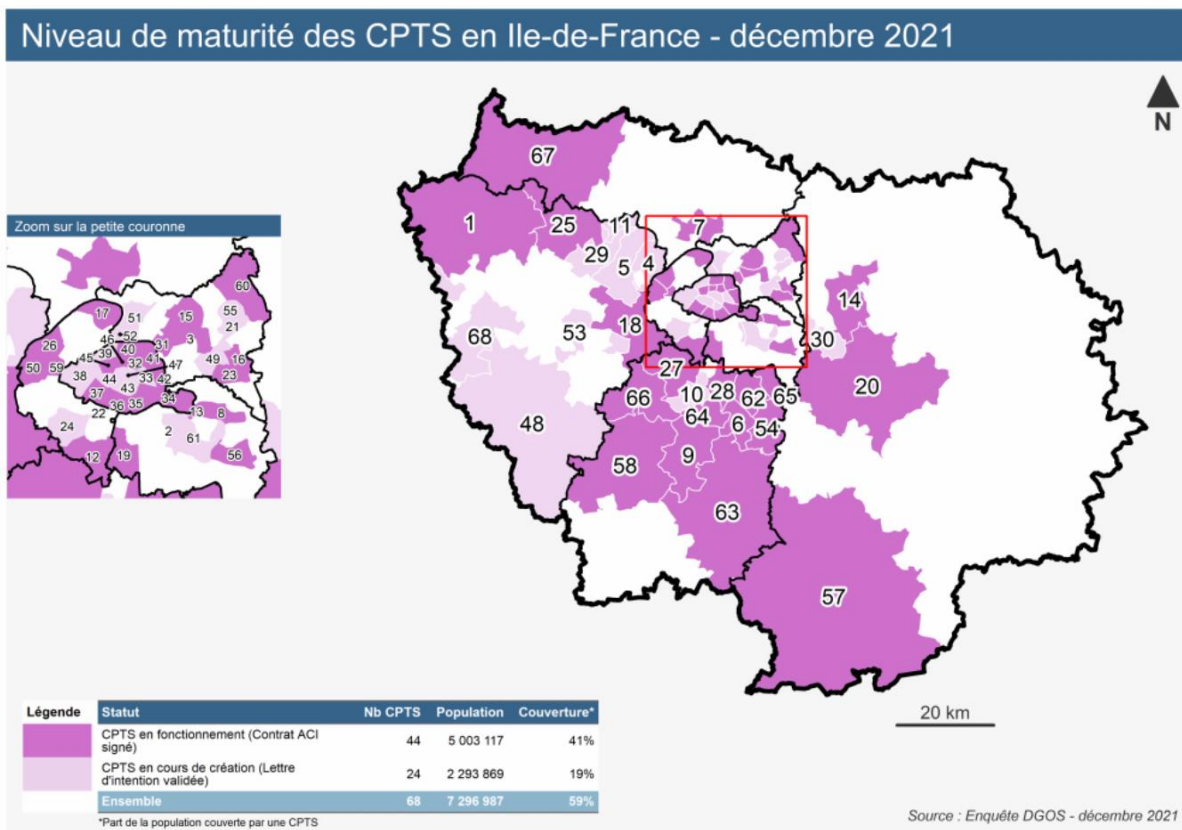


Les CPTS de Sud IDF et de Melun Val de Seine (77)



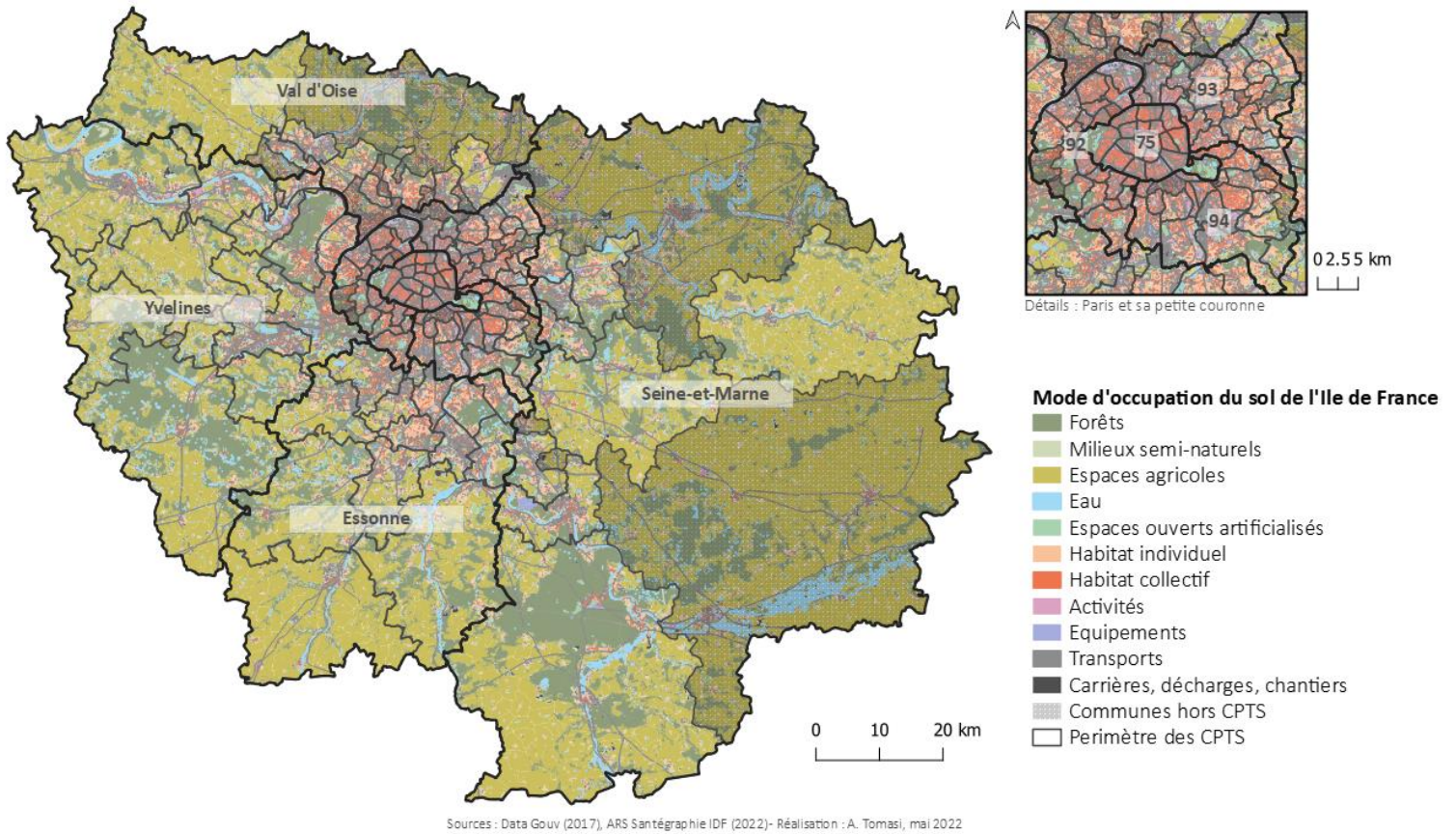
Les CPTS du Val d'Oise (95)

- Annexe 6 : Cartographie du ministère des Solidarités et de la santé



Capture d'écran du mois de mai 2022

- Annexe 7 : Carte du mode de l'occupation du sol



- **Annexe 8 : Corrélation entre couverture populationnelle et couverture territoriale des CPTS**

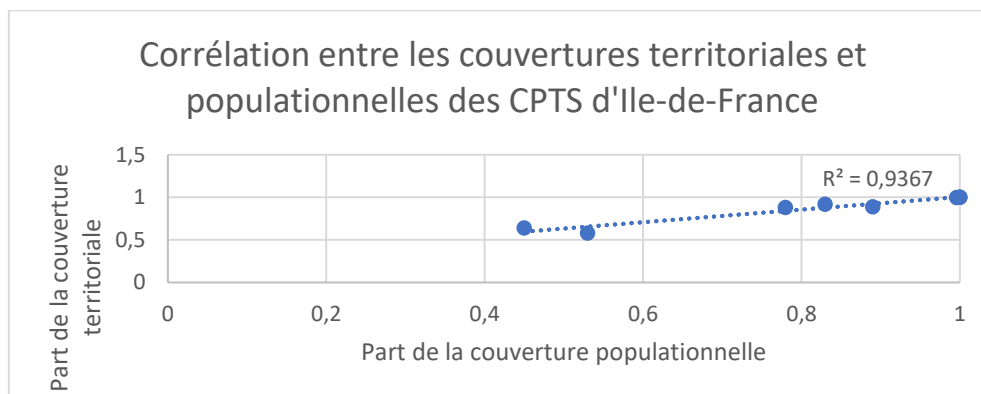
Il existe une corrélation entre les couvertures populationnelles et les couvertures territoriales des CPTS. Afin de mettre cela en évidence, nous procéderons premièrement à la comparaison des deux classifications départementales en fonction des couvertures territoriales et populationnelles. Les cartes des couvertures populationnelles et territoriales ont été réalisées à partir d'une discrétisation en quatre classes (quantiles). Cette méthode de classification regroupe les mêmes nombres d'individus statistiques (ici les départements) au sein d'une même classe, ce qui favorise la comparaison de cartes. Ainsi, les huit départements franciliens ont formé quatre groupes d'une paire. Cette discrétisation se base sur l'ordre des valeurs des deux distributions étudiées. Les valeurs minimales des deux discrétisations sont proches (45%-70% et 55-80%) tandis que les valeurs maximales sont égales (100%). La catégorie « + » (classe 1) correspond aux classes de valeurs minimales alors que la catégorie « ++++ » (classe 4) renvoie aux classes de valeurs maximales. Le même raisonnement s'applique pour les classes de valeurs intermédiaires (« ++ » = classe 2 / « +++ » = classe 3)

Département	Couverture populationnelle des CPTS	Couverture territoriale des CPTS
Paris	++++	++++
Essonne	++++	++++
Yvelines	+++	+++
Hauts-de-Seine	+++	++
Val-de-Marne	++	+++
Seine-Saint-Denis	++	++
Val d'Oise	+	+
Seine-et-Marne	+	+

Comparaison des discrétisations en quatre classe (quantile) des variables de couvertures territoriales et populationnelles

Ainsi, la couverture populationnelle équivaut à la couverture territoriale des CPTS pour le département de Paris, de l'Essonne, des Yvelines, de la Seine-Saint-Denis, du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne. La couverture populationnelle est plus importante que la couverture territoriale pour les Hauts-de-Seine tandis que la couverture territoriale est plus importante que celle populationnelle dans le Val-de-Marne. Le calcul du coefficient de corrélation linéaire (R) de ces deux variables confirme l'existence d'une importante relation positive. Ce dernier est égal à 0,97 ($R^2 = 0,93$).

Interprétation du coefficient de corrélation : Le coefficient de corrélation varie entre -1 et 1. Plus il est proche de ces valeurs, plus la relation entre les variables X et Y est forte. S'il est égal à 0, nous notons une absence de relation entre la variable X et la variable Y.



Représentation de la corrélation linéaire entre la variable de la couverture territoriale en CPTS des départements franciliens et de la couverture populationnelle

- Annexe 9 : test du Khi²

Le test du Khi-deux est un test statistique qui permet de vérifier la dépendance entre deux variables qualitatives et de déterminer si cette dernière suit une certaine logique ou si elle est le fruit du pur hasard. Les variables de la taille de périmètre d'une CPTS et de la densité d'habitants sont originellement des variables quantitatives. Cependant, nous avons dressé une typologie de périmètre et de densité ce qui permet le traitement qualitatif de ces variables. Ce test se base sur une redistribution aléatoire des effectifs réels étudiés, dits « effectifs théoriques ». Nous conservons cependant les mêmes totaux.

Nous voulons tester la validité des deux hypothèses suivantes :

Hypothèse H0 : Il n'y a pas eu de différence entre la taille du périmètre d'une CPTS et sa densité d'habitant.

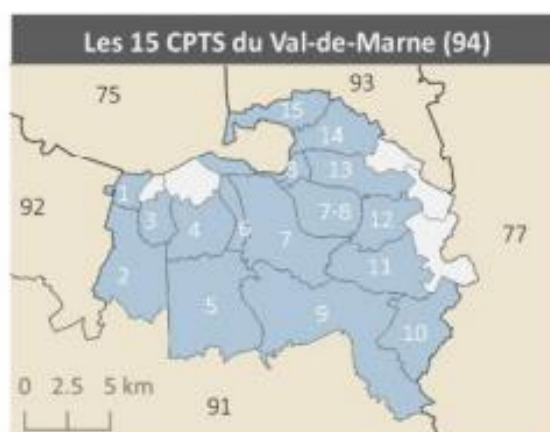
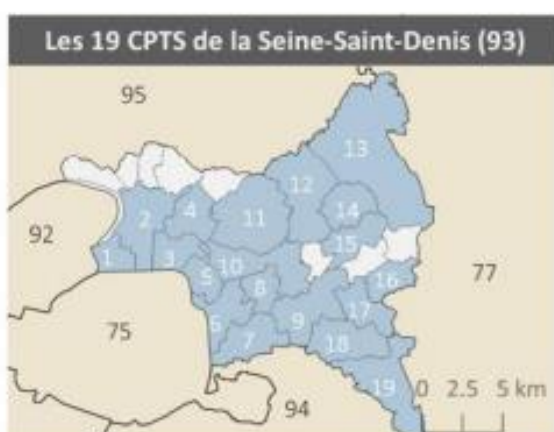
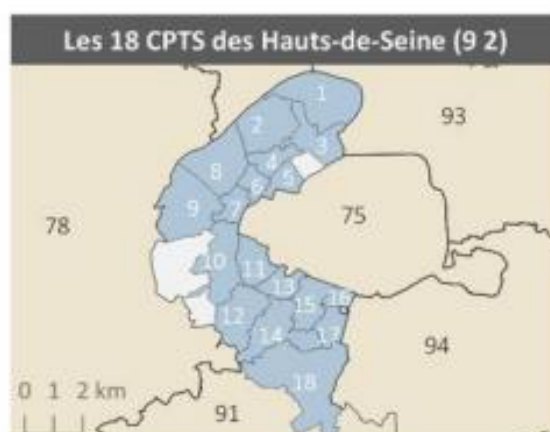
Hypothèse H1 : Il existerait une liaison statistique entre les données étudiées. On peut supposer qu'à mesure qu'une CPTS est définie par un grand périmètre, sa densité populationnelle est faible.

Condition de validité : Si les Khi-deux critiques tels que déterminés en fonction des risques d'erreurs de 1% et 5% sont inférieurs au khi-deux calculé nous pouvons réfuter l'hypothèse H0 et valider l'hypothèse H1.

KHI ² CALCULE	87
Degré de liberté (L-1)(C-1)	3
Calcul du khi-deux critique avec un risque d'erreur de 5%	7,8
Calcul du khi-deux critique avec un risque d'erreur de 1%	11,3

Comme le Khi^2 calculé est supérieur aux $khis^2$ critiques pour un risque d'erreur de 5% et 1%, nous pouvons confirmer l'hypothèse 1.

- Annexe 10 : Les CPTS de la petite couronne parisienne



A. Tomasi, juillet 2022 - Sources : ARS IDF, mai 2022 ; IGN BD TOPO, 2018

CPTS de Paris

- 1 : Paris 16 2 : Paris 17
- 3 : Paris 18 4 : Paris 19
- 5 : Paris 20 6 : Paris 12
- 7 : Paris 13 8 : Paris 14
- 9 : Paris 15 10 : Paris 6-7
- 11 : Paris 5 12 : Paris Centre
- 13 : Paris 8 14 : Paris 9
- 15 : Paris 10 16 : Paris 11

CPTS des Hauts-de-Seine

- 1 : Gennevilliers / Villeneuve-la-Garenne
- 2 : Colombes / Bois-Colombes / La Garenne-Colombes
- 3 : Clichy-Asnières 4 : Courbevoie
- 5 : Neuilly 6 : Puteaux
- 7 : Suresnes 8 : Nanterre
- 9 : Rueil-Malmaison 10 : Sèvres / Saint-Cloud
- 11 : Boulogne-Billancourt 12 : Meudon
- 13 : Issy-les-Moulineaux
- 14 : Clamart / Fontenay-aux-Roses
- 15 : Malakoff / Vanves / Chatillon 16 : Montrouge
- 17 : Bagneux 18 : Hauts-de-Bièvre

CPTS de la Seine-Saint-Denis

- 1 : Saint-Ouen 2 : Saint-Denis
- 3 : Aubervilliers 4 : La Courneuve
- 5 : Pantin 6 : BLLR
- 7 : Montreuil 8 : Noisy-le-Sec
- 9 : Rosy / Villemomble / Le Raincy 10 : Bobigny / Bondy
- 11 : Drancy / Le Blanc Mesnil 12 : Aulnay-sous-Bois
- 13 : Villepinte 14 : Sevran
- 15 : Livry 16 : Montfermeil
- 17 : Gagny 18 : Marne-Plaisance
- 19 : Noisy-le-Grand

CPTS du Val-de-Marne

- 1 : Arcueil 2 : La Bièvre
- 3 : Villejuif 4 : Vitry-sur-Seine
- 5 : OCTAV 6 : Alfortville
- 7 : CPTS Unifiée des bords de Marne 8 : Joinville-le-Pont / Saint-Maur-des-Fossés Ouest
- 9 : Plateau Briard 10 : Santeny-Marolles
- 11 : Sucy-Noiseau 12 : Ormesson-Chennevières
- 13 : Champigny-sur-Marne 14 : Autour du Patient
- 15 : Bois de Vincennes

- Annexe 11

Les CPTS de la grande couronne parisienne

