

Journée de la coordination

Beaune 9 décembre 2025

La coordination en soins primaires

Travail de coordination, nouveau métier
et professionnalisme des soignants

François-Xavier Schweyer, sociologue
EHESP Université de Rennes – Centre Maurice Halbwachs UMR 8097



Introduction

L'exercice coordonné existe depuis longtemps en France, mais de façon marginale.

- Centres de santé (1991), (médicaux et polyvalents) personnel salarié,
- Mobilisations de contestataires de la médecine libérale (USB 1983)

L'innovation des MSP est de porter l'exercice coordonné au sein de la médecine libérale (par la médecine générale).

La coordination des soins primaires en équipe est déployée dans beaucoup de pays

- Systèmes nationaux de santé Espagne, Suède, Finlande (modèle normatif hiérarchisé)
- Grande-Bretagne, Pays-Bas (modèle professionnel hiérarchisé, MG gatekeeper, rôle infirmières)
- *Chronic care model*

La coopération, enjeu pour le système de santé

Jusqu'ici, coopération fondée sur les rôles de médecin *captant* et *occasionnel* (Bergeron, Castel, « Captation, appariement, réseau », 2010) et sur les « réseaux professionnels spontanés » assurant des fonctions de réassurance (patient, professionnel), de décharge émotionnelle /peurs, de partage (décisions, doutes, responsabilités, situations difficiles), de délégation/relégation (ce qui sort des compétences, intérêts)

Réseaux de santé : espaces d'apprentissage et de transformation des normes professionnelles mais succès mitigé, peu lisibles.

Aujourd'hui l'exercice coordonné est devenu une priorité (4000 MSP, 100 % CPTS) mais reste minoritaire.

Qu'en est-il des fonctions et métiers de coordination en soins primaires ?

Un flottement dans l'usage de la notion d'exercice coordonné

Une forte tendance au regroupement : 69 % des médecins généralistes (MG) exercent en groupe, 40 % en structure pluriprofessionnelle ; 17 % en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) DREES 2022

Mais le regroupement n'est pas l'exercice coordonné en équipe pluriprofessionnelle (avec un système d'information partagé, un projet de santé et surtout une action collective).

Une fonction de coordination au sein des équipes est nécessaire pour avoir une action collective pérenne et un changement des pratiques et des représentations.

Or les « structures d'exercice coordonné » regroupent MSP, CDS, CPTS, et aussi ESP, ESS. Formes et types de coopération variables.

Diversité des structures d'exercice coordonné

Les maisons de santé pluriprofessionnelles Depuis 2007

2800 MSP selon AVECsanité, 2000 financées (ACI), Plan 4000 MSP

- 16 % des médecins généralistes libéraux (2022)

- 23 % des infirmières libérales

Les centres de santé médicaux et polyvalents Depuis 1991

1320 CDS, 1200 en zone urbaine dont moitié en QPV

Gérés par Collectivités territoriales, associations, caisses assurance maladie, mutuelles, hôpitaux, etc.

Les Communauté professionnelles territoriales de santé

Depuis 2016

835 CPTS, objectif 100 % CPTS (couverture du territoire national)

Pas d'offre de soins. Missions territoriales : accès aux soins, prévention, parcours, gestion de crise, attractivité, accompagnement des professionnels Niveaux de maturité et d'activité très hétérogènes

Conditions d'émergence des MSP

A partir de 2002, perception d'un déficit d'offre de soins médicaux (débat sur « déserts médicaux » comme levier) RFAS

A partir de des initiatives locales de création de MSP portées par des médecins entrepreneurs qui, en tant que leaders assument le travail de coordination d'équipe Idée d'entreprise de santé, équation de Pierre de Haas

Rencontre l'intérêt des pouvoirs publics : rapport Juilhard 2007, financement ENMR 2007

La fédération nationale des MSP (FFMPS 2008) présente l'exercice coordonné comme la solution au problème d'inégalités territoriales et sociales de santé. Vezinat 2019

Cadre légal (loi HPST) 2009 et juridique (Sisa) en 2011. Journées FFMPS depuis 2012

La coordination d'équipe a un cadre légal, financement mais assurée par les leaders ou en prestation de service (Facilimed)

L'ambivalence d'une « fonction d'appui » aux leaders : entre nécessité et faible légitimité

La FFMPS et la Haute autorité en santé HAS élaborent un référentiel de développement de l'exercice coordonné (Matrice de maturité) qui conforte le besoin de coordination d'équipe.

Le modèle marchand de prestation de coordination en échec

Le risque d'usure des leaders de MSP suscite une mobilisation pour créer une «fonction d'appui» aux leaders

Mais définition contingente et localement faible légitimité :

- Coordination dépendante de la conception qu'en ont les leaders : secrétariat amélioré, gestion logistique, co-animation de l'équipe, responsabilités et leadership partagés

- Dépendante de la mobilisation variable des équipes : noyau actif, périphérie distante à convaincre, à mobiliser, à motiver...

La coordination est à la fois une activité et un processus de transformation des pratiques, forte interdépendance entre les 2

Conforter les conditions de possibilité d'une fonction de coordination

1 La création d'un dispositif de formation

En 2014, une coalition d'acteurs travaille à définir les compétences et le profil d'animateurs de regroupements

Recherche d'un équilibre entre normalisation sur la base de la Matrice de maturité (HAS, EHESP, ARS) et maîtrise par les libéraux (FFMPS, URPS) Schweyer 2019

Une formation construite par leaders de MSP



et EHESP (diplôme N=2000). Maquette modifiée par premières promotions (espace d'échange d'expérience, de soutien, de socialisation). Profils différents selon les régions. Originalité Pacte : formation des coordinatrices et des équipes.

La formation devient un instrument d'action publique pour ARS.

Conforter les conditions de possibilité d'une fonction de coordination

2 Modèle économique et cadrage

L'ENMR est instituée en 2015 (RA). Ne dépend pas du paiement à l'acte (principe constitutif de la médecine libérale)

En 2017 l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé avec l'Assurance maladie définit les règles de financement sur la base d'un projet de santé (la fonction de coordination est un critère obligatoire)

Grande diversité des activités des coordinatrices en MSP :

- Gestion de la structure (logistique, organisation, etc.)
- Action collective du travail clinique (animation d'équipe, RCP, protocoles, etc.)
- Actions de santé publique (prévention, dépistage, ETP, etc.) souvent en lien avec le territoire

L'extension du modèle ? CDS et CPTS

Le développement de Pacte soins primaires a intéressé la FNCS

- Adaptation négociée des contenus et du pilotage formation
- Pour CDS « historiques » réingénierie du management interne (CMS) et opportunité de réformes (Filieris, MSA)
- Pour les nouveaux CDS, fonction plus proche des MSP

CPTS : un deal entre l'Etat et le monde libéral

- Une définition progressive de la formation en continuité avec MSP.
- Tension AVECsanté et FCPTS / quelques URPS d'où arbitrages régionaux différenciés et politiques.

Profils et formes d'exercice variables

Échantillon 521 questionnaires apprenants PACTE 2022-2024

	MSP	CDS	CPTS
	N = 277	N = 58	N = 186
Age	41 % - 40 ans	32 % - 40 ans	53 % - 40 ans
Féminisation	88 %	76 %	87 %
Structure récente – 5 ans	69 %	48 %	91 %
Diplôme Master / +	32 %	64 %	52 %
Prof antérieure Soins/administratif	60 / 21	38 / 40	26 / 31
Temps de travail	Temps partiel 85 % moins ½ temps	Temps partiel dans fonction de direction (73 %)	Peu de temps partiel 26 % et 55 % temps plein
Contrat de travail	37 % CDI	Pas spécifique	85 % CDI
Coordination	Avec autre activité 80 %	Activité principale 49 %	Emploi principal 88%

Les artisanes des réformes

Travail d'acculturation du monde libéral aux réformes et au « professionnalisme organisationnel » (Evetts 2003, Svensson 2010).

Travail d'adaptation locale du mouvement de rationalisation des pratiques (« *espaces de collégialité* » conjuguant action collective et règles de gestion) Lazega 2010, Vezinat 2016

Le travail de coordination complète et tempère le caractère médico-centré de l'exercice coordonné (leadership partagé)

Relais et travail de traduction avec les « tutelles » ARS et CPAM, et les partenaires du territoire

Fort engagement personnel, travail relationnel et diplomatie de terrain : fonction contingente, dépendante des écologies locales

Satisfaction du travail mais conditions d'emploi parfois précaires (« intégration incertaine »)

Dynamique des équipes

Intuitivement vous diriez que votre équipe est (%)	CDS	MSP
En voie de constitution	16	21
Assez homogène	47	54
Vraiment soudée	37	25

Intuitivement comment appréciez-vous la dynamique collective dans votre CPTS ? (%)	CPTS
Forte	20
Modérée	24
En progression	49
Faible	5
En déclin	2

3

Vécu du travail – motifs de satisfaction

Qu'est-ce qui vous procure le plus de satisfaction ? (%)	CDS	CPTS	MSP
Animation, dynamique d'équipe	72	62	62
Réussite personnelle, reconnaissance des pairs	40	40	52
Mener à bien un projet et ses missions	76	87	75
Autre chose	12	14	11

« A partir de petites pierres, voir se dessiner des projets plus ambitieux pour le bien-être et la santé des patients avec un collectif de professionnels impliqués »

« satisfaction d'un service rendu »

« voir la concrétisation des projets et de ses missions »

« fort intérêt pour les problématiques de santé publique »

« faire adhérer l'équipe à un projet »

« la motivation de certains professionnels, les synergies qui se créent, les expérimentations que je peux faire en termes d'animation de groupes »

Vécu du travail – difficultés

Qu'est-ce qui vous pose le plus de difficulté dans votre fonction ? %	CDS	MSP	CPTS
conflits, blocages, manque d'investissement de certains	56	57	60
conditions de travail (flou dispersion, isolement)	31	27	35
conditions matérielles du travail	31	27	17
Contenu du travail	16	20	23
Autre chose	19	18	16
rien	8	12	13

« difficulté à mobiliser, difficulté à donner du sens »

« conflits de pouvoir »

« Les personnes les moins impliquées dans la MSP sont les plus réticentes à la fonction de coordination (devoir justifier ses missions, charge et temps de travail/rémunération) »

« je ne suis pas certaine d'aller dans la bonne direction » « isolement du fait du télétravail »

« j'estime que ma rémunération n'est pas à hauteur en fonction des responsabilités de mon poste, mon autonomie et ma disponibilité »

Professionnalisation et nouveau métier

Professionnalisation « par le bas » à partir d'initiatives locales :

En MSP, constitution de communautés de pairs, échanges de pratiques, solidarité, réflexivité et valorisation de l'expérience (Schön 1993)

En CDS, statut inchangé, pratique plus participative en CMS et modèle proche MSP pour CDS récents avec coordinateur (associatifs ou non)

En CPTS, isolement fréquent, associations dans certaines régions

Professionnalisation « par le haut » par ou avec l'Etat :

Cadrage par contractualisation et modalités de financements

Rôle des fédérations : mise en visibilité, partenariat avec ministère et ARS

Formation *Pacte soins primaires* (adaptation du cadrage bureaucratique et espace de socialisation) Diplôme et Certification en cours RNCP pour MSP

Professionnalisation par le marché ?

Activité de prestation de services marchande. Sociétés spécialisées qui investissent un nouveau marché (portefeuille de compétences, standards, interchangeabilité). Circulation des savoirs avec le monde de l'entreprise.

Vers un nouveau métier ?

- En MSP dépend beaucoup de l'écologie locale, la fonction va du « job » (fonction complémentaire à temps partiel) à la coordinatrice cadre (métier)
- En CDS directeur ou coordinateur, variable selon gestionnaires
- En CPTS un métier sous 2 formes : directrice responsable de l'équipe salariée, chargée de mission

Hésitation de certains gérants à devenir employeurs (méconnaissance, incertitude des financements, charge mentale)

Groupement d'employeurs portés par URPS, Fédés, pour faciliter conditions d'emploi.

Plus largement, un déplacement des modèles professionnels pour tous les acteurs

Pour les médecins et professionnels de santé :

Modèle professionnel historique caractérisé par une aspiration à : s'affranchir des hiérarchies et des rapports de subordination (tension partenariat autonomie) ; préserver son « territoire » (juridiction professionnelle et espace de recrutement de clientèle) (place du pluri-professionnel) ; être rassuré et reconnu dans sa pratique (limites et flous des savoirs, stress) (responsabilité, entraide et confiance)

Acculturer la médecine libérale à de nouveaux modes d'exercice (au-delà d'un noyau actif acquis à la cause, parfois plus écoutés des tutelles que des confrères)

Pour les ARS, déplacement de l'inspection à l'animation territoriale, rôle des chargés de mission, partenariat DT/CPAM/CD

Pour l'Assurance maladie, redéfinition de la gestion du risque (du remboursement à l'organisation), nouveaux métiers (DAM), ROC, DNS

Pour les partenaires territoriaux : Fédérations, FCPTS, URPS, inter URPS : enjeu de l'accompagnement, de la facilitation,

Réflexions et mise en perspective

L'activité de coordination en soins primaires bénéficie d'une dynamique de professionnalisation (formation, fiche de poste, compétences, rémunération, etc.) et de l'institutionnalisation de l'activité (critère attendu par la contractualisation).

La coordination est indissociable de la territorialisation, le lien avec les acteurs du territoire devient un enjeu : mettre en cohérence des acteurs de plus en plus nombreux (élus, dispositifs, secteurs...)

Une météo d'automne : incertitude et tension

Une dynamique de transformation invisibilisée par la tension autour de l'accès aux soins (Pression des élus locaux, instabilité politique)

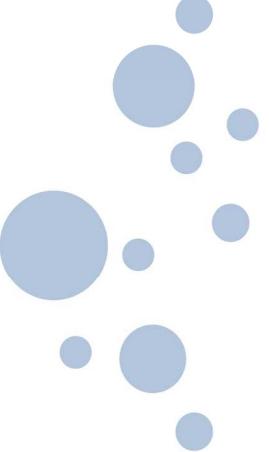
Une évaluation ni anticipée ni systématique dont l'absence est ciblée par les opposants

Un paradoxe structurel : mise en œuvre de la territorialisation (cadre territorial des questions de santé, adaptation des politiques nationales, soutien aux initiatives locales) et centralisation du pilotage du système



Merci pour votre attention





Journée de la coordination

Beaune 9 décembre 2025

La coordination en soins primaires

Travail de coordination, nouveau métier
et professionnalisme des soignants

François-Xavier Schweyer, sociologue
EHESP Université de Rennes – Centre Maurice Halbwachs UMR 8097



Introduction

L'exercice coordonné existe depuis longtemps en France, mais de façon marginale.

- Centres de santé (1991), (médicaux et polyvalents) personnel salarié,
- Mobilisations de contestataires de la médecine libérale (USB 1983)

L'innovation des MSP est de porter l'exercice coordonné au sein de la médecine libérale (par la médecine générale).

La coordination des soins primaires en équipe est déployée dans beaucoup de pays

- Systèmes nationaux de santé Espagne, Suède, Finlande (modèle normatif hiérarchisé)
- Grande-Bretagne, Pays-Bas (modèle professionnel hiérarchisé, MG gatekeeper, rôle infirmières)
- *Chronic care model*

La coopération, enjeu pour le système de santé

Jusqu'ici, coopération fondée sur les rôles de médecin *captant* et *occasionnel* (Bergeron, Castel, « Captation, appariement, réseau », 2010) et sur les « réseaux professionnels spontanés » assurant des fonctions de réassurance (patient, professionnel), de décharge émotionnelle /peurs, de partage (décisions, doutes, responsabilités, situations difficiles), de délégation/relégation (ce qui sort des compétences, intérêts)

Réseaux de santé : espaces d'apprentissage et de transformation des normes professionnelles mais succès mitigé, peu lisibles.

Aujourd'hui l'exercice coordonné est devenu une priorité (4000 MSP, 100 % CPTS) mais reste minoritaire.

Qu'en est-il des fonctions et métiers de coordination en soins primaires ?

Un flottement dans l'usage de la notion d'exercice coordonné

Une forte tendance au regroupement : 69 % des médecins généralistes (MG) exercent en groupe, 40 % en structure pluriprofessionnelle ; 17 % en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) DREES 2022

Mais le regroupement n'est pas l'exercice coordonné en équipe pluriprofessionnelle (avec un système d'information partagé, un projet de santé et surtout une action collective).

Une fonction de coordination au sein des équipes est nécessaire pour avoir une action collective pérenne et un changement des pratiques et des représentations.

Or les « structures d'exercice coordonné » regroupent MSP, CDS, CPTS, et aussi ESP, ESS. Formes et types de coopération variables.

Diversité des structures d'exercice coordonné

Les maisons de santé pluriprofessionnelles Depuis 2007

2800 MSP selon AVECsanité, 2000 financées (ACI), Plan 4000 MSP

- 16 % des médecins généralistes libéraux (2022)

- 23 % des infirmières libérales

Les centres de santé médicaux et polyvalents Depuis 1991

1320 CDS, 1200 en zone urbaine dont moitié en QPV

Gérés par Collectivités territoriales, associations, caisses assurance maladie, mutuelles, hôpitaux, etc.

Les Communauté professionnelles territoriales de santé

Depuis 2016

835 CPTS, objectif 100 % CPTS (couverture du territoire national)

Pas d'offre de soins. Missions territoriales : accès aux soins, prévention, parcours, gestion de crise, attractivité, accompagnement des professionnels Niveaux de maturité et d'activité très hétérogènes

Conditions d'émergence des MSP

A partir de 2002, perception d'un déficit d'offre de soins médicaux (débat sur « déserts médicaux » comme levier) RFAS

A partir de des initiatives locales de création de MSP portées par des médecins entrepreneurs qui, en tant que leaders assument le travail de coordination d'équipe Idée d'entreprise de santé, équation de Pierre de Haas

Rencontre l'intérêt des pouvoirs publics : rapport Juilhard 2007, financement ENMR 2007

La fédération nationale des MSP (FFMPS 2008) présente l'exercice coordonné comme la solution au problème d'inégalités territoriales et sociales de santé. Vezinat 2019

Cadre légal (loi HPST) 2009 et juridique (Sisa) en 2011. Journées FFMPS depuis 2012

La coordination d'équipe a un cadre légal, financement mais assurée par les leaders ou en prestation de service (Facilimed)

L'ambivalence d'une « fonction d'appui » aux leaders : entre nécessité et faible légitimité

La FFMPS et la Haute autorité en santé HAS élaborent un référentiel de développement de l'exercice coordonné (Matrice de maturité) qui conforte le besoin de coordination d'équipe.

Le modèle marchand de prestation de coordination en échec

Le risque d'usure des leaders de MSP suscite une mobilisation pour créer une «fonction d'appui» aux leaders

Mais définition contingente et localement faible légitimité :

- Coordination dépendante de la conception qu'en ont les leaders : secrétariat amélioré, gestion logistique, co-animation de l'équipe, responsabilités et leadership partagés

- Dépendante de la mobilisation variable des équipes : noyau actif, périphérie distante à convaincre, à mobiliser, à motiver...

La coordination est à la fois une activité et un processus de transformation des pratiques, forte interdépendance entre les 2

Conforter les conditions de possibilité d'une fonction de coordination

1 La création d'un dispositif de formation

En 2014, une coalition d'acteurs travaille à définir les compétences et le profil d'animateurs de regroupements

Recherche d'un équilibre entre normalisation sur la base de la Matrice de maturité (HAS, EHESP, ARS) et maîtrise par les libéraux (FFMPS, URPS) Schweyer 2019

Une formation construite par leaders de MSP



et EHESP (diplôme N=2000). Maquette modifiée par premières promotions (espace d'échange d'expérience, de soutien, de socialisation). Profils différents selon les régions. Originalité Pacte : formation des coordinatrices et des équipes.

La formation devient un instrument d'action publique pour ARS.

Conforter les conditions de possibilité d'une fonction de coordination

2 Modèle économique et cadrage

L'ENMR est instituée en 2015 (RA). Ne dépend pas du paiement à l'acte (principe constitutif de la médecine libérale)

En 2017 l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé avec l'Assurance maladie définit les règles de financement sur la base d'un projet de santé (la fonction de coordination est un critère obligatoire)

Grande diversité des activités des coordinatrices en MSP :

- Gestion de la structure (logistique, organisation, etc.)
- Action collective du travail clinique (animation d'équipe, RCP, protocoles, etc.)
- Actions de santé publique (prévention, dépistage, ETP, etc.) souvent en lien avec le territoire

L'extension du modèle ? CDS et CPTS

Le développement de Pacte soins primaires a intéressé la FNCS

- Adaptation négociée des contenus et du pilotage formation
- Pour CDS « historiques » réingénierie du management interne (CMS) et opportunité de réformes (Filieris, MSA)
- Pour les nouveaux CDS, fonction plus proche des MSP

CPTS : un deal entre l'Etat et le monde libéral

- Une définition progressive de la formation en continuité avec MSP.
- Tension AVECsanté et FCPTS / quelques URPS d'où arbitrages régionaux différenciés et politiques.

Profils et formes d'exercice variables

Échantillon 521 questionnaires apprenants PACTE 2022-2024

	MSP	CDS	CPTS
	N = 277	N = 58	N = 186
Age	41 % - 40 ans	32 % - 40 ans	53 % - 40 ans
Féminisation	88 %	76 %	87 %
Structure récente – 5 ans	69 %	48 %	91 %
Diplôme Master / +	32 %	64 %	52 %
Prof antérieure Soins/administratif	60 / 21	38 / 40	26 / 31
Temps de travail	Temps partiel 85 % moins ½ temps	Temps partiel dans fonction de direction (73 %)	Peu de temps partiel 26 % et 55 % temps plein
Contrat de travail	37 % CDI	Pas spécifique	85 % CDI
Coordination	Avec autre activité 80 %	Activité principale 49 %	Emploi principal 88%

Les artisanes des réformes

Travail d'acculturation du monde libéral aux réformes et au « professionnalisme organisationnel » (Evetts 2003, Svensson 2010).

Travail d'adaptation locale du mouvement de rationalisation des pratiques (« *espaces de collégialité* » conjuguant action collective et règles de gestion) Lazega 2010, Vezinat 2016

Le travail de coordination complète et tempère le caractère médico-centré de l'exercice coordonné (leadership partagé)

Relais et travail de traduction avec les « tutelles » ARS et CPAM, et les partenaires du territoire

Fort engagement personnel, travail relationnel et diplomatie de terrain : fonction contingente, dépendante des écologies locales

Satisfaction du travail mais conditions d'emploi parfois précaires (« intégration incertaine »)

Dynamique des équipes

Intuitivement vous diriez que votre équipe est (%)	CDS	MSP
En voie de constitution	16	21
Assez homogène	47	54
Vraiment soudée	37	25

Intuitivement comment appréciez-vous la dynamique collective dans votre CPTS ? (%)	CPTS
Forte	20
Modérée	24
En progression	49
Faible	5
En déclin	2

3

Vécu du travail – motifs de satisfaction

Qu'est-ce qui vous procure le plus de satisfaction ? (%)	CDS	CPTS	MSP
Animation, dynamique d'équipe	72	62	62
Réussite personnelle, reconnaissance des pairs	40	40	52
Mener à bien un projet et ses missions	76	87	75
Autre chose	12	14	11

« A partir de petites pierres, voir se dessiner des projets plus ambitieux pour le bien-être et la santé des patients avec un collectif de professionnels impliqués »

« satisfaction d'un service rendu »

« voir la concrétisation des projets et de ses missions »

« fort intérêt pour les problématiques de santé publique »

« faire adhérer l'équipe à un projet »

« la motivation de certains professionnels, les synergies qui se créent, les expérimentations que je peux faire en termes d'animation de groupes »

Vécu du travail – difficultés

Qu'est-ce qui vous pose le plus de difficulté dans votre fonction ? %	CDS	MSP	CPTS
conflits, blocages, manque d'investissement de certains	56	57	60
conditions de travail (flou dispersion, isolement)	31	27	35
conditions matérielles du travail	31	27	17
Contenu du travail	16	20	23
Autre chose	19	18	16
rien	8	12	13

« difficulté à mobiliser, difficulté à donner du sens »

« conflits de pouvoir »

« Les personnes les moins impliquées dans la MSP sont les plus réticentes à la fonction de coordination (devoir justifier ses missions, charge et temps de travail/rémunération) »

« je ne suis pas certaine d'aller dans la bonne direction » « isolement du fait du télétravail »

« j'estime que ma rémunération n'est pas à hauteur en fonction des responsabilités de mon poste, mon autonomie et ma disponibilité »

Professionnalisation et nouveau métier

Professionnalisation « par le bas » à partir d'initiatives locales :

En MSP, constitution de communautés de pairs, échanges de pratiques, solidarité, réflexivité et valorisation de l'expérience (Schön 1993)

En CDS, statut inchangé, pratique plus participative en CMS et modèle proche MSP pour CDS récents avec coordinateur (associatifs ou non)

En CPTS, isolement fréquent, associations dans certaines régions

Professionnalisation « par le haut » par ou avec l'Etat :

Cadrage par contractualisation et modalités de financements

Rôle des fédérations : mise en visibilité, partenariat avec ministère et ARS

Formation *Pacte soins primaires* (adaptation du cadrage bureaucratique et espace de socialisation) Diplôme et Certification en cours RNCP pour MSP

Professionnalisation par le marché ?

Activité de prestation de services marchande. Sociétés spécialisées qui investissent un nouveau marché (portefeuille de compétences, standards, interchangeabilité). Circulation des savoirs avec le monde de l'entreprise.

Vers un nouveau métier ?

- En MSP dépend beaucoup de l'écologie locale, la fonction va du « job » (fonction complémentaire à temps partiel) à la coordinatrice cadre (métier)
- En CDS directeur ou coordinateur, variable selon gestionnaires
- En CPTS un métier sous 2 formes : directrice responsable de l'équipe salariée, chargée de mission

Hésitation de certains gérants à devenir employeurs (méconnaissance, incertitude des financements, charge mentale)

Groupement d'employeurs portés par URPS, Fédés, pour faciliter conditions d'emploi.

Plus largement, un déplacement des modèles professionnels pour tous les acteurs

Pour les médecins et professionnels de santé :

Modèle professionnel historique caractérisé par une aspiration à : s'affranchir des hiérarchies et des rapports de subordination (tension partenariat autonomie) ; préserver son « territoire » (juridiction professionnelle et espace de recrutement de clientèle) (place du pluri-professionnel) ; être rassuré et reconnu dans sa pratique (limites et flous des savoirs, stress) (responsabilité, entraide et confiance)

Acculturer la médecine libérale à de nouveaux modes d'exercice (au-delà d'un noyau actif acquis à la cause, parfois plus écoutés des tutelles que des confrères)

Pour les ARS, déplacement de l'inspection à l'animation territoriale, rôle des chargés de mission, partenariat DT/CPAM/CD

Pour l'Assurance maladie, redéfinition de la gestion du risque (du remboursement à l'organisation), nouveaux métiers (DAM), ROC, DNS

Pour les partenaires territoriaux : Fédérations, FCPTS, URPS, inter URPS : enjeu de l'accompagnement, de la facilitation,

Réflexions et mise en perspective

L'activité de coordination en soins primaires bénéficie d'une dynamique de professionnalisation (formation, fiche de poste, compétences, rémunération, etc.) et de l'institutionnalisation de l'activité (critère attendu par la contractualisation).

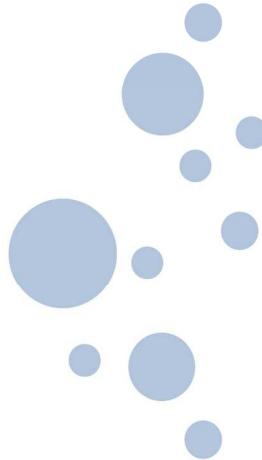
La coordination est indissociable de la territorialisation, le lien avec les acteurs du territoire devient un enjeu : mettre en cohérence des acteurs de plus en plus nombreux (élus, dispositifs, secteurs...)

Une météo d'automne : incertitude et tension

Une dynamique de transformation invisibilisée par la tension autour de l'accès aux soins (Pression des élus locaux, instabilité politique)

Une évaluation ni anticipée ni systématique dont l'absence est ciblée par les opposants

Un paradoxe structurel : mise en œuvre de la territorialisation (cadre territorial des questions de santé, adaptation des politiques nationales, soutien aux initiatives locales) et centralisation du pilotage du système



Merci pour votre attention

