

“ Échanger aujourd'hui
pour construire ensemble
les solutions de demain. ”



Compte rendu du colloque

Compilation des échanges,
interventions et réflexions
collectives



PROGRAMME

COLLOQUE AGORA LIB' 2026

JEUDI 11 JUIN 2026

MATINÉE



9h : OUVERTURE - CAFÉ D'ACCUEIL



9h30 : MOT D'ACCUEIL



10h-11h15 : CONFÉRENCE-DÉBAT :

Le futur des CPTS : Quel rôle les CPTS peuvent-elles réellement jouer dans le système de santé de demain ?

Intervenants :

- **Jérôme Wittwer** - économiste de la santé
- **Laurent Flament** - Directeur de la délégation départementale de l'ARS de Charente-Maritime
- **Anne Sophie Lassabe** - trésorière adjointe d'AGORA LIB'



11h15-12h30 : ATELIERS SESSION 1

- **A1 : Se faire connaître et reconnaître** : la communication au service de la CPTS
- **A2 : Ville-hôpital** : mettre en place des RCP entre la ville et l'hôpital
- **A3 : Aller-vers** : comment toucher les publics les plus éloignés du système ?
- **A4 : Comment faire vivre ma CPTS avec et pour les usagers ?** Avec l'intervention de France Assos Santé
- **A5 : Atelier collaboratif** : la démarche d'amélioration continue en CPTS



12h30-14h : DÉJEUNER

APRÈS-MIDI



14h-15h15 : TABLE RONDE

Des actions aux résultats : comment les CPTS entrent dans une logique d'évaluation ?

Intervenants :

- **Arnaud Wiehn** - coresponsable de l'antenne girondine de Promotion Santé
- **Pr Daniel BUCHON** - président de la CPTS Haute-Corrèze Ventadour
- **Audrey HOSPITAL** - manager coordinatrice territoire à la CPAM de Corrèze
- **Alexandre PEREZ** - coprésident d'AGORA LIB'



15h15-15h45 : PAUSE GOURMANDE



15h45-17h : ATELIERS SESSION 2

- **A6 : Organiser les rôles au sein de la CPTS** : structurer l'association et faire vivre les projets
- **A7 : Handicap** : penser l'inclusion dans les missions de la CPTS
- **A8 : Mise en place d'un écosystème autour de la recherche en soins primaires en NA** : place et rôle des CPTS
- **A9 : Ville-hôpital** : aller plus loin dans les liens, exemple concret avec le CH d'Arcachon
- **A10 : Atelier collaboratif** : dialogue de gestion, valoriser ses actions et défendre sa stratégie



17h : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE D'AGORA LIB'



PAUSE

SOIRÉE



19h30 : SOIRÉE CONVIVIALE

animation, cocktail dînatoire, musique

Soirée payante, avec inscription préalable

PROGRAMME

COLLOQUE AGORA LIB' 2026

VENDREDI 12 JUIN 2026

MATINÉE



8h30-9h : OUVERTURE - CAFÉ D'ACCUEIL



9h-10h : ATELIERS SESSION 3

- **A11 : Organisation bureau - salariés** : structurer et dynamiser la vie associative
- **A12 : Santé environnementale** : agir localement, du constat à l'action
- **A13 : Santé des femmes** : action d'aller-vers à destination des populations vulnérables
- **A14 : Prendre soin des soignants** : rôle et moyens de la CPTS
- **A15 : Atelier collaboratif** : la mission parcours en CPTS, de quoi parle t-on ?



10h-10h15 : PAUSE GOURMANDE



10h15-11h15 : TABLE RONDE

Coopérer pour répondre aux besoins des territoires : Quelle coopération entre les CPTS et les collectivités ?

- **CPTS Haute Gironde et Conseil départemental de la Gironde**
- **CPTS Aunis Nord et Communauté d'Agglomération de La Rochelle**
- **CPTS Viveval et Communauté de Commune Grand Périgueux**



11h15-12h :

Le rôle des CPTS en Nouvelle-Aquitaine : déploiement et adaptations territoriales

Intervenant :

- **Benoît Elleboode** – Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine



12h : FIN DU COLLOQUE

Pour faciliter la lecture du document, les comptes rendus des différents temps forts de ces journées (conférences, ateliers, tables rondes et assemblée générale) sont organisés autour de **trois axes** :

- 1. Prendre du recul**
- 2. Structurer**
- 3. Agir**

Pour chaque axe, vous trouverez une première page sous forme d'**infographie** résumant les échanges, **le compte rendu détaillé** en version texte pour approfondir les sujets abordés, ainsi qu'un **lien** permettant d'accéder aux **supports de présentation utilisés**.

Bonne lecture, et rendez-vous les **17 et 18 juin 2027** à **Agen** pour la prochaine édition !

SOMMAIRE

01

Prendre du recul

- Conférence débat - Le futur des CPTS : Quel rôle les CPTS peuvent-elles réellement jouer dans le système de santé de demain ? p.5
- Table ronde - Des actions aux résultats : Comment les CPTS entrent dans une logique d'évaluation ? p.8
- Atelier 5 - Atelier collaboratif : la démarche d'amélioration continue en CPTS p.12
- Atelier 8 - Mise en place d'un écosystème autour de la recherche en soins primaires en NA : place et rôle des CPTS p.16
- Intervention de M ELLEBOODE - Le rôle des CPTS en NA : déploiement et adaptation territoriales p.20

02

Structurer

- Atelier 1 - Se faire connaître et reconnaître : la communication au service de la CPTS p.25
- Atelier 4 - Comment faire vivre ma CPTS avec et pour les usagers ? p.29
- Atelier 6 - Organiser les rôles au sein de la CPTS : structurer l'association pour faire vivre les projets p.33
- Atelier 10 - Atelier collaboratif : Dialogue de gestion, valoriser ses actions et défendre sa stratégie p.36
- Atelier 11 - Organisation bureau - salariés : structurer et dynamiser la vie associative p.39
- Atelier 15 - Atelier collaboratif : la mission parcours en CPTS, de quoi parle t-on ? p.42

03

Agir

- Table ronde - Coopérer pour répondre aux besoins des territoires : Quelle coopération entre les CPTS et les collectivités ? p.47
- Atelier 2 - Ville - hôpital, mettre en place des RCP entre la ville et l'hôpital p.51
- Atelier 3 - Aller-vers : comment toucher les publics les plus éloignés du système ? p.55
- Atelier 7 - Handicap : penser l'inclusion dans les missions de la CPTS p.58
- Atelier 9 - Ville-hôpital : aller plus loin dans les liens, exemple concret avec le CH d'Arcachon p.61
- Atelier 12 - Santé environnementale : agir localement du constat à l'action p.64
- Atelier 13 - Santé des femmes : actions d'aller vers à destination des populations vulnérables p.67
- Atelier 14 - Prendre soin des soignants : rôle et moyens de la CPTS p.70

01

Prendre du recul

- 📍 Conférence débat - Le futur des CPTS : Quel rôle les CPTS peuvent-elles réellement jouer dans le système de santé de demain ? p.5
- 📍 Table ronde - Des actions aux résultats : Comment les CPTS entrent dans une logique d'évaluation ? p.8
- 📍 Atelier 5 - Atelier collaboratif : la démarche d'amélioration continue en CPTS p.12
- 📍 Atelier 8 - Mise en place d'un écosystème autour de la recherche en soins primaires en NA : place et rôle des CPTS p.16
- 📍 Intervention de M ELLEBOODE – Le rôle des CPTS en NA : déploiement et adaptation territoriales p.20

PLÉNIÈRE 1

LE FUTUR DES CPTS

REFLÉCHIR

QUEL RÔLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DE DEMAIN ?

LE CONTEXTE

 **VIELLISSEMENT DE LA POPULATION**
+50%
 de +75 ans en 10 ans en Charente-Maritime

 **HAUSSE DES MALADIES CHRONIQUES**
 Prévalence en forte augmentation

 **DENSITÉ MÉDICALE EN BAISSÉ**
 Sous la moyenne européenne

 **FINANCEMENT SOUS TENSION**
 Système structurellement sous-financé

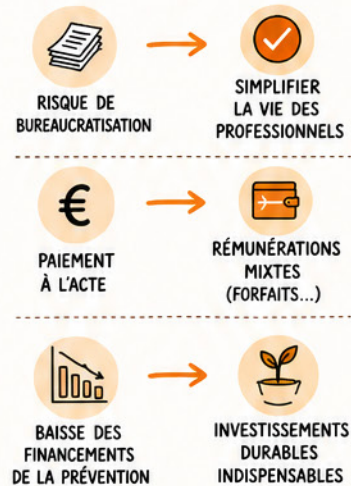
“ La situation actuelle, c'est notre succès. On vit plus longtemps. Et ce succès est essentiellement porté par la baisse de la mortalité. ”

2 CITATIONS MARQUANTES

“ La CPTS est là pour anticiper. Déjà on se prépare, on anticipe. En travaillant ensemble, on arrive à trouver des solutions pour améliorer la prise en charge des patients. ”



LES DÉBATS CLÉS



Les CPTS : un levier pour passer d'un système centré sur les actes à un système centré sur la coopération, les parcours et les besoins des populations.

4 ENSEIGNEMENTS À RETENIR

 **1** Les défis démographiques imposent une nouvelle organisation des soins.

 **2** La confiance entre institutions et professionnels est un levier essentiel.

 **3** Les collectifs renforcent l'attractivité et luttent contre l'isolement.

 **4** Le financement de la prévention reste le point clé pour l'avenir.

 **PASSER D'UN SYSTÈME CENTRÉ SUR L'ACTE À UN SYSTÈME CENTRÉ SUR LA COOPÉRATION** 



Quel rôle les CPTS peuvent-elles réellement jouer dans le système de santé de demain ?

Date : 11 juin 2026 – Heure : 10h00 – Lieu : Nouvelle-Aquitaine

Intervenants :

- Jérôme WITTWER – Economiste de la santé
 - Laurent FLAMENT – Directeur DD ARS 17
 - Anne Sophie LASSABE – Trésorière adjointe Agora Lib'
-

1. Temps des présentations : Constats, messages clés et expériences

La table ronde s'est ouverte sur un cadrage macro-économique et démographique sans concession, posant un constat clair : **les difficultés du système de santé sont d'abord le reflet de ses succès.**

• **Un nouveau monde démographique** : L'intervenant-expert a rappelé que l'allongement de la vie, avec une pyramide des âges qui se « rectangularise », est un succès de notre système de soins. Cependant, ce succès engendre une **augmentation inexorable de la prévalence des maladies chroniques** et une pression démographique inédite, en particulier en Charente-Maritime où la population des plus de 75 ans va augmenter de **50%** dans les dix prochaines années.

• **L'échec du numerus clausus** : Un point majeur a été souligné : la baisse de la densité médicale française, passée sous la moyenne européenne, est la conséquence directe d'un « **échec de régulation institutionnelle** ». Cet héritage pèse aujourd'hui lourdement sur l'offre de soins.

• **Un système sous-financé structurellement** : Les projections de l'Assurance Maladie sont claires. La combinaison du vieillissement, de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la hausse tendancielle des coûts par patient crée un déséquilibre. « **Le système n'est pas conjoncturellement mais structurellement sous-financé** », obligeant l'État à se financer sur les marchés internationaux, une réalité rappelée avec force.

• **La vision de l'institution** : Le délégué de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a partagé son honnête cheminement, d'un **scepticisme initial** à une conviction profonde de l'**utilité des CPTS**. Il a mis en avant leur rôle :

- D'accélérateur de la coordination durant la crise COVID (vaccination).
 - D'outil **d'attractivité** pour les professionnels de santé sur un territoire.
 - De **partenaire incontournable** pour les élus, les hôpitaux (communautés médicales d'établissement) et les institutions.
 - **La réalité du terrain** : La perspective d'une professionnelle libérale, confrontée au quotidien, a ancré le débat. « **On ne peut pas travailler seul dans son coin, le patient est multiple, il n'est pas qu'une boîte de Doliprane** », a-t-elle illustré, rappelant la nécessité vitale du lien entre pharmaciens, médecins, kinésithérapeutes et infirmiers. La CPTS a été présentée comme le lieu où **sortir de son comptoir** pour avoir une vision globale du territoire.
-

2. Temps d'échanges entre participants : Convergences, débats et réactions

Les échanges entre les acteurs ont révélé des tensions mais aussi un consensus sur la voie à suivre.

• **La complexification versus l'outil de simplification** : Face à la crainte d'une « bureaucratiation » des CPTS, une défense ferme a émergé : une CPTS doit rester un outil qui **simplifie le travail des professionnels** et non l'inverse. La question n'est pas si les CPTS sont une solution, mais comment elles le restent. Le modèle des CPTS a été opposé à d'autres expérimentations étrangères (Royaume-Uni, Pays-Bas) jugées plus « technocratiques ».

6 **Le débat sur le paiement à l'acte** : Le mode de rémunération a été identifié comme un frein à une coordination intégrée. La nécessité d'un **mix de rémunération**, incluant des forfaits pour certaines prises en charge complexes, a fait consensus, avec une insistance sur le fait que cela ne signifie pas la fin du modèle libéral, mais bien une adaptation « territorialisée ».

6 **L'enjeu crucial de la valorisation de la prévention** : La question a été posée de la reconnaissance réelle, notamment financière, des actions de prévention. La réponse a été sans appel : les budgets d'intervention sont en forte diminution et les discussions doivent se porter au niveau des négociations conventionnelles.

6 **Autonomie et volontariat** : Une intervention d'un président de CPTS a permis de recentrer le débat sur le quotidien de professionnels épuisés et parfois réticents. Il a mis en garde : pour embarquer les soignants, il faut impérativement respecter leur **sentiment d'indépendance d'idées**. La dynamique enclenchée est fragile et doit être portée collectivement.

3. Temps d'échanges avec la salle : Questions, préoccupations et témoignages

Une intervention a parfaitement synthétisé les préoccupations de la salle en replaçant l'humain au centre.

6 **Un changement générationnel** : Un intervenant a souligné que les anciens modes d'exercice ne sont plus adaptés. « **Pour qu'on arrive à les faire travailler ensemble, il faut changer de logique.** » La solution évoquée est de « miser sur les jeunes générations », avec des expériences concrètes d'intégration de ces thématiques dans les études de santé (création d'une année de professionnalisation). **Jeunesse et changement de mentalité** étaient les maîtres-mots.

6 **Quelle régulation pour l'avenir ?** La conclusion a permis de rappeler l'enjeu politique crucial. L'alternative a été posée entre un **modèle de coopération régulé** (le chemin emprunté par les CPTS et l'ARS) et un **modèle ultralibéral de dérégulation**. L'exemple américain a été cité comme contre-modèle : une dépense élevée ne garantit pas un bon état de santé.

6 **Un appel à la confiance** : La conclusion a été un appel à faire confiance aux agences de régulation, aux professionnels de santé et à la pertinence de ce qui a été patiemment construit.

Principaux enseignements et pistes d'action

1. **Le succès du passé crée les défis de demain** : L'augmentation de l'espérance de vie et la chronicisation des pathologies imposent de manière urgente une transformation de l'organisation des soins. La CPTS est l'outil central de cette adaptation.

2. **La confiance comme socle** : Le partenariat entre les institutions (ARS notamment) et les CPTS est solide, fondé sur la conviction de leur utilité et une autonomie concertée. Faire perdurer ce modèle nécessite une écoute des territoires et une simplification continue.

3. **L'attractivité passe par les collectifs** : Au-delà des soins, les CPTS sont un rempart à l'isolement professionnel et un moteur pour attirer de nouveaux praticiens. La solidarité et le partage d'expérience restent cruciaux.

4. La question du financement des actions de santé publique et de la prévention reste le point noir et déterminera l'ampleur de l'impact des CPTS sur la santé des populations.

« *La situation actuelle, c'est notre succès. On vit plus longtemps. Et ce succès est essentiellement porté par la baisse de la mortalité. C'est une évolution qui est liée au succès de notre système de soins.* »

« *La CPTS est là pour anticiper. Déjà on se prépare, on anticipe. On arrive, en travaillant ensemble, à trouver des solutions pour améliorer la prise en charge des patients.* »



“ L'évaluation n'est pas une fin en soi.
C'est un outil au service du sens,
de l'amélioration et de la décision partagée. ”

POURQUOI ÉVALUER ?

- Donner du sens à nos actions
- Améliorer en continu
- Rendre compte et valoriser
- Éclairer les décisions et les priorités
- Favoriser l'impact sur le territoire

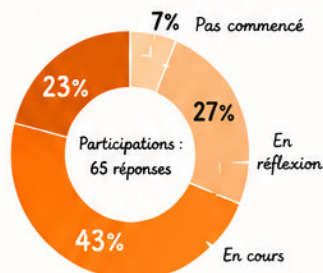
LE CHEMIN DE L'ÉVALUATION



UNE DYNAMIQUE CIRCULAIRE ET APPRENANTE

SONDAGE EN DIRECT

À quel stade en êtes-vous dans la démarche d'évaluation ?



CE QUE CELA MONTE

Une vraie dynamique en marche : 70 % des CPTS sont en réflexion ou déjà engagées dans l'évaluation !

LES DÉFIS RENCONTRÉS

- Manque de temps et de ressources
- Difficulté à mesurer l'impact réel
- Choix des bons indicateurs
- Mobilisation des professionnels
- Collecte et fiabilité des données

LES CLÉS POUR ÉVALUER UTILE

- Partir des besoins du territoire
- Associer les professionnels et les usagers
- Choisir des indicateurs pertinents et réalistes
- Valoriser les réussites et apprendre des écarts
- Rester souple et ajuster régulièrement

EXEMPLES D'INDICATEURS

- Participation des professionnels et des usagers
- Accès aux soins et délais
- Satisfaction et expérience des patients
- Impact sur la coordination et les parcours
- Évolution de la santé sur le territoire

“ Évaluer, c'est se donner les moyens de mieux comprendre pour mieux agir demain. ”



4 ENSEIGNEMENTS À RETENIR

- L'évaluation commence par une question simple : à quoi voulons-nous contribuer ?
- Les données sont utiles si elles servent la décision et l'amélioration.
- Impliquer les professionnels et les usagers renforce la qualité et la légitimité de l'évaluation.
- L'évaluation n'est jamais figée : c'est un cycle qui nourrit l'action.

ÉVALUER N'EST PAS CONTRÔLER ;
C'EST APPRENDRE POUR MIEUX AGIR.



Des actions aux résultats : comment les CPTS entrent dans une logique d'évaluation ?

Intervenants :

- **Arnaud WIEHN** – Coresponsable de l'antenne Gironde de Promotion Santé
- **Alexandre PEREZ** – Co Président d'Agora Lib'
- **Audrey HOSPITAL** – Référente des organisations coordonnées (ROC), CPAM de la Corrèze
- **Daniel BUCHON** – Président de la CPTS Haute Corrèze Ventadour

La séance a débuté par un sondage : Êtes-vous engagés dans une démarche d'évaluation continue au sein de votre CPTS ?

Chiffres clés issus de ce sondage :

- **54% : oui**
- **36% : pas encore mais comptent le faire**
- **10% : non**

Actions présentées

1. Cadrage théorique de l'évaluation (Arnaud Wiehn)

Arnaud Wiehn a posé les bases de l'évaluation en s'appuyant sur la définition de l'OMS : une démarche systématique visant à tirer les leçons de l'expérience pour améliorer les activités en cours et planifier plus efficacement les actions futures.

L'évaluation porte sur plusieurs critères : **pertinence, formulation, efficience, efficacité, coût et acceptation sociale**. Il a souligné la dimension culturelle : en France, l'évaluation est souvent perçue comme un exercice de contrôle, source de craintes, contrairement à la culture anglosaxonne où elle est vécue comme une opportunité de valoriser l'action.

Deux messages clés ont été délivrés :

- L'évaluation est avant tout une **démarche d'observation du changement** induit par une action, et non un simple bilan ou une sanction.
- Pour réussir, elle doit être **anticipée dès la conception de l'action**, avec des moyens humains et financiers dédiés, ce qui est rarement le cas aujourd'hui.

2. Enjeux opérationnels et éthiques (Alexandre Perez)

Alexandre Pérez a recentré le débat sur les finalités de l'évaluation pour les CPTS. Il a distingué plusieurs niveaux :

- L'évaluation doit mesurer **l'impact sur la santé de la population** du territoire, au-delà de la seule rentabilité économique.
- Il faut définir **qui évalue** (interne vs externe) et garantir une **éthique de l'évaluation** : accepter qu'une action ne fonctionne pas et réorienter les moyens, sans crainte de sanction.
- La **temporalité** est essentielle : une évaluation pertinente des effets des CPTS se mesure en **10 à 15 ans**, alors que les demandes institutionnelles imposent des résultats rapides.

Il a illustré ce point par l'exemple du SAS : mission prioritaire confiée aux CPTS puis retirée avant même d'avoir pu être évaluée à l'échelle territoriale.

3. L'approche de l'Assurance Maladie en Corrèze (Audrey Hospital)

Audrey Hospital a témoigné de la pratique locale de la CPAM de la Corrèze, fondée sur **l'analyse territoriale** et la **confiance** avec les professionnels de santé.

Les principes partagés :

- 6 Ne pas attendre le dialogue de gestion annuel pour évaluer : un suivi régulier et informel permet d'ajuster les actions au fil de l'eau.
- 6 Adapter les indicateurs aux réalités du territoire (ex. prédominance d'infirmiers libéraux en Corrèze contre d'autres professions ailleurs).
- 6 Considérer l'évaluation comme un outil **positif de réorientation**, et non comme une sanction, y compris pour la part variable de l'ACI.

4. Retour d'expérience de la CPTS Haute Corrèze Ventadour (Daniel Buchon)

Daniel Puchon a partagé deux exemples concrets :

- 6 Un travail sur les parcours en santé mentale ayant abouti à un outil interactif, mais pour lequel **aucune évaluation n'avait été prévue en amont**, rendant impossible la mesure réelle de son utilisation.
- 6 Le projet « **Coup de poing prévention** » à destination des adolescents, monté en partenariat avec la MSA et l'Éducation nationale, pour lequel **les critères d'évaluation, majoritairement qualitatifs, ont été définis dès la conception**. Ce projet, prévu sur trois ans, intégrera une évaluation avant-pendant-après.

Ces deux cas illustrent l'importance de **coconstruire l'évaluation au moment de définir l'action** pour ne pas se limiter à un simple taux de satisfaction.

Questions et réponses

Plusieurs interventions de la salle ont enrichi les échanges.

6 Question sur l'articulation entre évaluation ACI et évaluation d'impact

Un participant a demandé comment distinguer l'évaluation exigée par les indicateurs de l'ACI de l'analyse d'impact plus profonde que pourrait mener une CPTS avec l'appui de l'ORS ou de Santé publique France.

Réponse d'Alexandre Perez : Les deux niveaux doivent coexister. L'enjeu est de structurer une remontée de données probantes, en s'appuyant sur des partenaires extérieurs pour garantir la **neutralité**. Agora Lib' travaille à la création d'un **observatoire régional** et à l'acculturation à la recherche en soins primaires.

6 Question sur la clarification des objectifs des CPTS

Un acteur du département 64 a pointé l'absence de réponse claire des instances sur **l'attendu des CPTS** en matière de parcours ou de prévention, estimant qu'on ne peut évaluer un dispositif sans objectif commun.

Réponse de Daniel Buchon : Les objectifs doivent d'abord être fixés par les CPTS elles mêmes, en cohérence avec les missions nationales, puis faire l'objet d'une **méthodologie partagée** avec les financeurs.

Alexandre Perez a précisé qu'Agora Lib' allait proposer un **cadre méthodologique régional non opposable** pour harmoniser le dialogue de gestion entre les CPTS et les ROC de l'ensemble des départements de NouvelleAquitaine.

6 Question sur la capitalisation des innovations

Arnaud Wiehn a invité les CPTS à **capitaliser leurs expérimentations**, faute de quoi elles subiront les indicateurs imposés par les pouvoirs publics. Il a cité l'exemple des travaux de l'ISPED sur les **indicateurs qualitatifs** en santé publique (notamment sur l'activité physique après un cancer du sein) pour montrer que des données non chiffrées peuvent avoir une validité scientifique.

À l'issue des débats, plusieurs axes de travail ont été identifiés :

- 1. Création d'un cadre méthodologique régional** pour le dialogue de gestion, porté par Agora Lib', afin d'accompagner les CPTS et les ROC dans la définition concertée des objectifs et des indicateurs.
- 2. Développement d'un observatoire des CPTS** en Nouvelle-Aquitaine, en lien avec l'ORS, Santé publique France et Promotion Santé, pour mesurer l'impact des actions sur l'état de santé des populations, avec une temporalité longue (10 à 15 ans).
- 3. Renforcement de l'acculturation à l'évaluation** chez les professionnels de santé, en s'appuyant sur des formations (comme celles de Promotion Santé) et sur l'intégration systématique de l'évaluation **dès la conception des projets**.
- 4. Coordination avec les Contrats Locaux de Santé (CLS)** pour synchroniser les cycles de diagnostic territorial (tous les 5 ans) et mutualiser les données d'observation.
- 5. Maintien de la confiance de proximité** entre CPTS et CPAM, illustrée par le modèle corrézien, et essaimage des bonnes pratiques de suivi continu et non sanctionnant.

« L'évaluation n'est pas une sanction. C'est un moyen de comprendre ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, et d'ajuster nos actions. »

« L'impact d'une CPTS ne se mesure pas en un an. Il se construit et s'observe sur dix à quinze ans. »



ATELIER 5

LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE EN CPTS,

De quoi parle-t-on ?

CATÉGORIE
RÉFLÉCHIR



QUI ÉTIONS-NOUS DANS CET ATELIER ?

L'animation a été réalisée par :



Chloé MONDOLFO
Chargée de mission d'accompagnement des CPTS des Landes (40), formatrice PACTE CPTS



Morgane COUSIN
Chargée de mission d'accompagnement des CPTS de Charente Maritime, Pôle Innovation Recherche et Développement, Agora Lib'



21 participants, professionnels de santé, salariés de CPTS ou experts en gestion des risques étaient présents à cet atelier collaboratif.

Répartition en 3 groupes de travail de 7 personnes.



“ La démarche d'amélioration continue est une culture à développer.

La « qualité » n'est pas un élément à ajouter au travail. C'est du bon sens donné à ce que l'on fait, et s'inclus dans le travail.



Toutefois, cette acculturation prend du temps et ne rime pas avec rapidité.



POURQUOI INTÉGRER CETTE DÉMARCHE À NOTRE QUOTIDIEN EN CPTS ?



GÉRER LES RISQUES

- Optimiser la sécurité
- Identifier, diminuer, atténuer et corriger les risques



AMÉLIORER LES ORGANISATIONS

- Améliorer un fonctionnement, une prise en charge, un projet, une organisation



GAGNER EN PERFORMANCE

- Organisationnelles
- Financières



PÉRENNISER LES ACTIONS

- Assurer la pérennité des projets et des organisations



ENJEUX MULTIDIMENSIONNELS

- Pour les patients, les professionnels, les organisations et le territoire



COMMENT TRAVAILLER ET METTRE EN PLACE CETTE DÉMARCHE EN CPTS ?



TRAVAILLER EN MODE PROJET

- Structuré
- Adapté à l'environnement
- Agile et flexible
- Sécurisé



RAISONNER EN PERTE-RISQUES ACCEPTABLES = ÉVALUATION



REPÈRES, MESURES, OUTILS

- 2 méthodes : préventive ou correctrice
- Approches à adapter en fonction



ORDRE CHRONOLOGIQUE

Planifier → Agir → Évaluer → Améliorer

UNE DÉMARCHE EN CYCLE CONTINU



Les évaluations ne sont qu'une étape du processus, un moyen d'atteindre la qualité.

Inspiré de la roue de E. Deming (US, 1950)



CE QUE C'EST

- ✓ Une culture à développer
- ✓ Un réflexe collectif
- ✓ Une démarche d'apprentissage
- ✓ Un outil d'amélioration
- ✓ Une dynamique participative et constructive



CE QUE CE N'EST PAS

- ✗ Un contrôle
- ✗ Une sanction
- ✗ Une tâche supplémentaire
- ✗ Une fin en soi
- ✗ Une démarche réservée à quelques experts



À RETENIR

L'évaluation est toujours SUBJECTIVE, et dépend des attentes, objectifs de l'évaluateur.

Il est impératif de coconstruire l'évaluation lorsque celle-ci est multi acteurs telle qu'en CPTS.



RÔLE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation n'est qu'une étape de la démarche d'amélioration continue.

Elle est constructive, fait appel à tous les acteurs de la chaîne de production, et ne doit pas être une unique outil à des fins de contrôle a posteriori des réalisations.



AGORA LIB' VOUS ACCOMPAGNE

Agora Lib' vous accompagne pour vous initier à la démarche d'amélioration continue.

Vous pouvez vous rapprocher de votre chargé de mission départemental.



LES TENSIONS À ACCEPTER ET À GÉRER

CONTRÔLE

- ✗ Vérifier
- ✗ Sanctionner
- ✗ Pointer les erreurs
- ✗ Regarder en arrière

APPRENTISSAGE

- ✓ Comprendre
- ✓ Ajuster
- ✓ Progresser ensemble
- ✓ Regarder vers l'avenir

RAPIDITÉ

- ✗ Résultats immédiats
- ✗ Solutions toutes faites
- ✗ Pression sur les délais
- ✗ Actions déconnectées

CULTURE QUALITÉ

- ✓ Transformation progressive
- ✓ Acculturation
- ✓ Prend du temps
- ✓ Actions ancrées et durables



Améliorer la qualité n'est pas ajouter du travail ; c'est donner du sens à ce que l'on fait déjà.



Comment évaluez-vous votre travail au quotidien ? Combinaison de :

- Appréciation subjective et réflexive
- Indicateurs quantitatifs (statistiques, objectifs atteints)
- Retours qualitatifs (patients, pairs, partenaires)

L'évaluation est déjà une pratique quotidienne pour les participants qui mesurent l'impact concret de leur travail sur les patients, la reconnaissance qu'ils reçoivent des autres professionnels mais aussi par les victoires ou la charge de travail.

2. Points de vigilance identifiés

- Risque de lourdeur administrative et de temps d'acculturation
- Nécessité d'équilibrer indicateurs quantitatifs et appréciation qualitative
- L'amélioration continue repose souvent sur du bon sens et une attention quotidienne à s'adapter pour « bien faire les choses »

3. Exercice collaboratif (3 groupes)

Axes explorés :

1. Comment mesurez-vous le fonctionnement de votre association ?
2. Comment suivez-vous la mise en œuvre de votre projet de santé ?
3. Comment mesurez-vous les effets de vos actions sur le territoire ?

Éléments clés retenus :

- Taux d'atteinte des indicateurs ACI et couverture équilibrée des missions
- Nombre et engagement réel des adhérents (par profession) + fidélisation
- Questionnaires de satisfaction (usagers et professionnels)
- Débriefings systématiques post-action (ce qui a marché / ce qui n'a pas marché) + comptes-rendus permettant aux absents de suivre et de s'intégrer à tout moment.
- Analyse des causes de désengagement
- Distinction volume vs impact des actions
- Dynamique collective (partenariats, émergence d'idées, retours tutelles, satisfaction des salariés)

Exemple concret : Croisement des professions via le groupe « Bien Grandir » (orthophonistes et podologues).

4. Principes structurants pour une démarche qualité intégrée

- La qualité doit être une **culture permanente**, anticipée et non un ajout final afin d'objectiver la réussite.
- **Gestion des risques** : identification, barrières préventives et actions correctives.
- Travailler en **mode projet** (début, fin, évaluation, transformation).
- **Évaluation continue** co-construite, subjective et multi-acteurs.
- Outils : PDCA (Roue de Deming), matrice de risques, référentiels, tableaux de bord, questionnaires.
- **Piège à éviter** : que la qualité devienne un outil d'hyper-contrôle (référence à l'ouvrage La Qualité, mon Q ! de Dominique Dupagne (2026)).

5. Ressources Agora lib'

- Trames de tableaux de bord
- Matrices de risque
- Trames de questionnaires de satisfaction
- Accompagnement personnalisé par les chargées de mission

6. Question / Réponse marquante

Problématique soulevée : Rotation fréquente des indicateurs ACI par l'Assurance Maladie, rendant difficile l'inscription des actions dans la durée.

Réponses proposées :

- 🔸 Construire un argumentaire solide pour le dialogue de gestion, démontrant pourquoi une action a besoin de plusieurs années pour produire un impact différencié sur une population, en lien avec le parcours et l'accès aux soins.
- 🔸 Co-construire les indicateurs avec les institutions, afin d'aligner les objectifs et les unités de mesure.
- 🔸 Multiplier les temps d'échange intermédiaires pour dépasser la seule évaluation annuelle finale.
- 🔸 Porter une voix collective inter-CPTS avec l'appui d'Agora lib'

Conclusion

Cet atelier a permis de réaffirmer que l'amélioration continue et la qualité constituent une culture réflexive collective au service de la population. Elle doit rester utile, proportionnée et émancipatrice, en plaçant l'humain et l'impact réel au centre. Les CPTS disposent déjà de nombreuses pratiques de bon sens qu'il convient de structurer davantage.



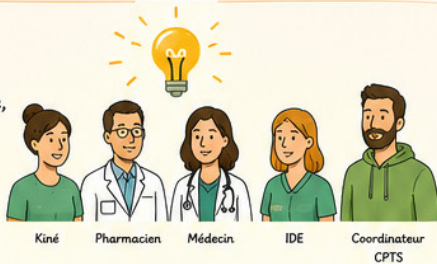
ATELIER 8

RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES EN CPTS

Comprendre, s'impliquer, faire avancer les pratiques



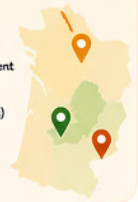
“ Personne ici ne doit ressentir le syndrome de l'imposteur. Tout le monde peut faire de la recherche, dans les règles de l'art. ”



CONTEXTE

Le développement de la recherche en soins primaires s'accélère. En Nouvelle-Aquitaine, 3 CHU structurent le territoire :

- CHU de Poitiers (ex Poitou-Charentes)
- CHU de Bordeaux (ex Aquitaine)
- CHU de Limoges (ex Limousin)



POURQUOI FAIRE DE LA RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES ?

Selon l'OMS (Alma-Ata, 1978) et la Stratégie nationale de santé 2023-2033, les soins primaires sont le premier niveau de contact de la population avec son système de santé.

Produire des connaissances scientifiques utiles pour améliorer les pratiques, les collaborations et les décisions en santé.

SA SPÉCIFICITÉ :

“ La recherche en soins primaires est réalisée PAR les professionnels de santé de soins primaires et non par d'autres acteurs sur les soins primaires. ”

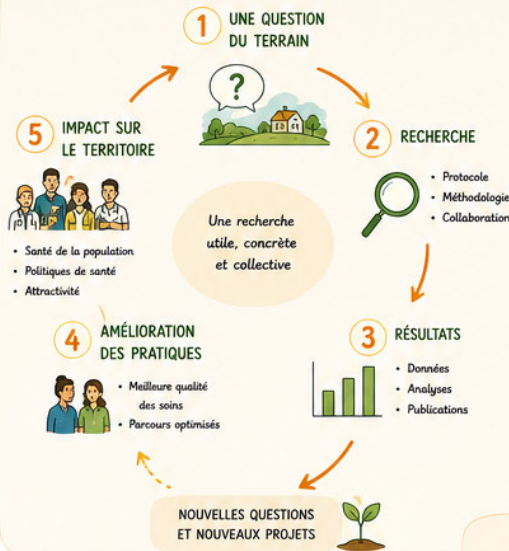
HEPYPRIM : UN EXEMPLE CONCRET

Stratégie de détection et de traitement des infections à *Helicobacter pylori* en soins primaires.



Un projet porté par le Pr Frèche Bernard et des professionnels de santé libéraux impliqués dans leur territoire.

UN CYCLE VERTUEUX AU SERVICE DES TERRITOIRES



LES BÉNÉFICES DE LA RECHERCHE



POUR LES CPTS

- Renforcement de la coordination pluridisciplinaire
- Attractivité du territoire
- Développement du lien ville-hôpital (mission 2 des CPTS)
- Diversification des activités



POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

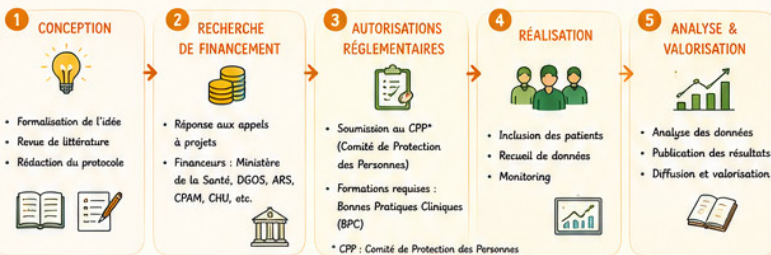
- Motivation intellectuelle
- Reconnaissance entre pairs
- Possibilité de devenir acteur de la recherche
- Reconnaissance financière selon les protocoles
- Sentiment d'appartenance à une communauté



POUR LES CHU

- Optimisation des parcours de soins
- Accès à des données locales précises
- Développement de nouveaux modèles de soins
- Rayonnement académique élargi

LES 5 PHASES D'UN PROJET DE RECHERCHE



QUI FAIT QUOI ?



PROMOTEUR

Personne physique, entreprise, institution ou organisation qui assume la responsabilité du lancement, de la gestion (dont financière) et de l'organisation de l'étude.



INVESTIGATEUR

Professionnel de santé qui dirige et réalise l'étude sur le terrain avec les patients. Responsable de la conduite de la recherche dans un lieu de recherche.



INVESTIGATEUR COORDONNATEUR

Porte le projet de sa conception à sa publication : conception, dépôt, mise en œuvre principale, analyse des résultats, publication.

INVESTIGATEUR → INVESTIGATEUR COORDONNATEUR

Chacun peut évoluer et prendre plus de responsabilités !

NE PAS RESTER SEUL : S'APPUYER SUR DES STRUCTURES D'APPUI

La recherche en soins primaires est collective. Les réseaux d'appui permettent de sécuriser la méthodologie et les démarches réglementaires.



LES FREINS IDENTIFIÉS



TEMPS DISPONIBLE LIMITÉ

Entre activité clinique et projet de recherche.



COMPLEXITÉ RÉGLEMENTAIRE

Démarches administratives et autorisations.



SYNDROME DE L'IMPOSTEUR

La recherche serait réservée à d'autres...

QUESTIONS QUI ONT FAIT ÉCHANGER



Quels financements, qu'est-ce qu'un « promoteur » et un « investigateur » ?

- Les principaux financeurs sont des financeurs publics : Ministère de la Santé, DGOS, ARS, CPAM, CHU, etc.
- Le promoteur assume la responsabilité du lancement, de la gestion (dont financière) et de l'organisation de l'étude.
- L'investigateur réalise l'étude sur le terrain avec les patients.
- Il peut être investigateur coordonnateur (porte le projet) ou investigateur associé (rattaché à un projet existant).



Quelle bonne première étape pour initier un projet de recherche en soins primaires en CPTS ?

- ✓ Identifier un référent recherche au sein de la CPTS
- ✓ Se rapprocher des réseaux d'investigateurs (RENAR, GIRCI SOHO, CIC, Agora Lib') pour être accompagné
- ✓ Avoir réalisé les BPC ou être à jour
- ✓ Connaître les projets existants
- ✓ Avoir du temps disponible à l'activité



LA RECHERCHE NE COMMENCE PAS DANS UN LABORATOIRE. ELLE COMMENCE PAR UNE QUESTION QUE SE POSENT LES PROFESSIONNELS SUR LEUR TERRITOIRE.



Atelier 8 - PRENDRE DU RECUL

Recherche en soins primaires en CPTS

Intervenants :

🍷 **Le Pr Frèche Bernard** - Médecin généraliste, chercheur en soins primaires, président de la CPTS Royan Atlantique, coadministrateur du réseau de recherche en soins primaires Nouvelle Aquitaine (RENAR)

🍷 **Morgane COUSIN** - Chargée de mission d'accompagnement des CPTS de Charente Maritime - Pôle Innovation et Développement chez Agora Lib'

Objectif de l'atelier

Faire découvrir la recherche en soins primaires, mieux comprendre son fonctionnement et montrer comment les professionnels de santé et les CPTS peuvent contribuer à la production de connaissances scientifiques à partir des réalités de terrain.

L'atelier visait également à faire connaître les réseaux d'accompagnement existants en Nouvelle-Aquitaine et à désacraliser la recherche, souvent perçue comme réservée au monde universitaire ou hospitalier.

Action ou retour d'expérience présenté

Animé par le Pr Bernard Frèche et Morgane Cousin, l'atelier a proposé une introduction à la recherche en soins primaires à travers un quiz interactif, des échanges avec les participants et la présentation d'un projet concret de recherche.



Définition et enjeux selon l'OMS (Déclaration d'Alma-Ata 1978) et le chapitre 5 (Miser sur l'innovation et la recherche) de la Stratégie nationale de santé 2023-2033 : *les soins primaires sont le premier niveau de contact de la population avec son système de santé national.*

La recherche en soins primaires vise à produire des connaissances scientifiques exploitables à des fins d'amélioration des collaborations interdisciplinaires, d'amélioration des pratiques professionnelles mais également d'appui aux décisions médicales et d'orientations des politiques de santé.

Sa spécificité : « la recherche en soins primaires est réalisée **PAR** les professionnels de santé de soins primaires et non par d'autres acteurs sur les soins primaires. »

Les bénéfices pour les CPTS :

🍷 Renforcement de la coordination pluridisciplinaire, levier d'attractivité territoriale, développement du lien ville-hôpital (mission 2 des CPTS), diversification des activités.

Les bénéfices pour les professionnels de santé :

🍷 Motivation intellectuelle et reconnaissance entre pairs - Possibilité de devenir acteur de la recherche - Reconnaissance financière selon les protocoles - Sentiment d'appartenance à une communauté

Les bénéfices pour les CHU :

🍷 Optimisation des parcours de soins - Accès à des données locales précises - Développement de nouveaux modèles de soins - Rayonnement académique élargi.

Les différentes étapes d'un projet de recherche

- 1. La phase de conception** : Formalisation de l'idée, revue de littérature, rédaction du protocole
 - 2. La Recherche de financement** : Réponse aux appels à projets
 - 3. Les autorisations réglementaires** : Soumission au CPP (Comité de Protection des Personnes), les formations requises : bonnes pratiques cliniques (BPC),
 - 4. Réalisation** : Inclusion patients, recueil de données, monitoring
 - 5. Analyse et valorisation** : Publication des résultats
-

3 enseignements majeurs

1. La recherche en soins primaires part des questions du terrain

Les sujets de recherche émergent souvent de situations rencontrées par les professionnels dans leur pratique quotidienne.

2. Les CPTS peuvent être des acteurs de la recherche

Par leur capacité à fédérer des professionnels, à structurer des projets collectifs et à faciliter le lien entre acteurs, les CPTS représentent un terrain particulièrement favorable au développement de projets de recherche.

3. La recherche doit être démystifiée

La recherche n'est pas réservée aux universitaires ou aux centres hospitaliers. Les professionnels de santé peuvent y contribuer à différents niveaux, à condition d'être accompagnés et de s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse.

Freins ou points de vigilance

- 🔴 Une méconnaissance encore importante de la recherche en soins primaires parmi les professionnels de terrain.
 - 🔴 Un sentiment d'illégitimité ou d'éloignement vis-à-vis du monde de la recherche.
 - 🔴 La complexité des démarches réglementaires et administratives.
 - 🔴 Le temps nécessaire pour participer à une étude ou porter un projet.
 - 🔴 La difficulté à identifier les interlocuteurs et les ressources mobilisables lorsqu'une idée de recherche émerge.
-

Débat ou question marquante

Une question a particulièrement animé les échanges :

Comment une CPTS ou un professionnel de santé peut-il concrètement s'engager dans la recherche sans disposer d'une expertise universitaire ?

Les intervenants ont souligné l'importance de s'appuyer sur les réseaux existants, d'identifier des référents recherche au sein des territoires et de ne pas rester seul face à une idée ou un projet. En Nouvelle-Aquitaine les 3 subdivisions universitaires structurent le territoire : au nord, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers couvrant les départements de l'Ex région Poitou-Charentes ; au sud, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux couvrant les départements de l'Ex région Aquitaine et à l'est, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges couvrant les départements de l'Ex Limousin.

Les échanges ont également permis de clarifier les notions de promoteur, d'investigateur et d'investigateur associé, souvent peu connues des participants.

Perspectives

- Faire connaître la recherche en soins primaires auprès des CPTS
- Favoriser l'engagement de nouveaux professionnels
- Renforcer les liens avec les réseaux de recherche
- Développer une culture commune de la recherche

Message de l'atelier

La recherche en soins primaires ne commence pas dans un laboratoire, elle naît d'une question que se pose les professionnel.le.s sur leur territoire

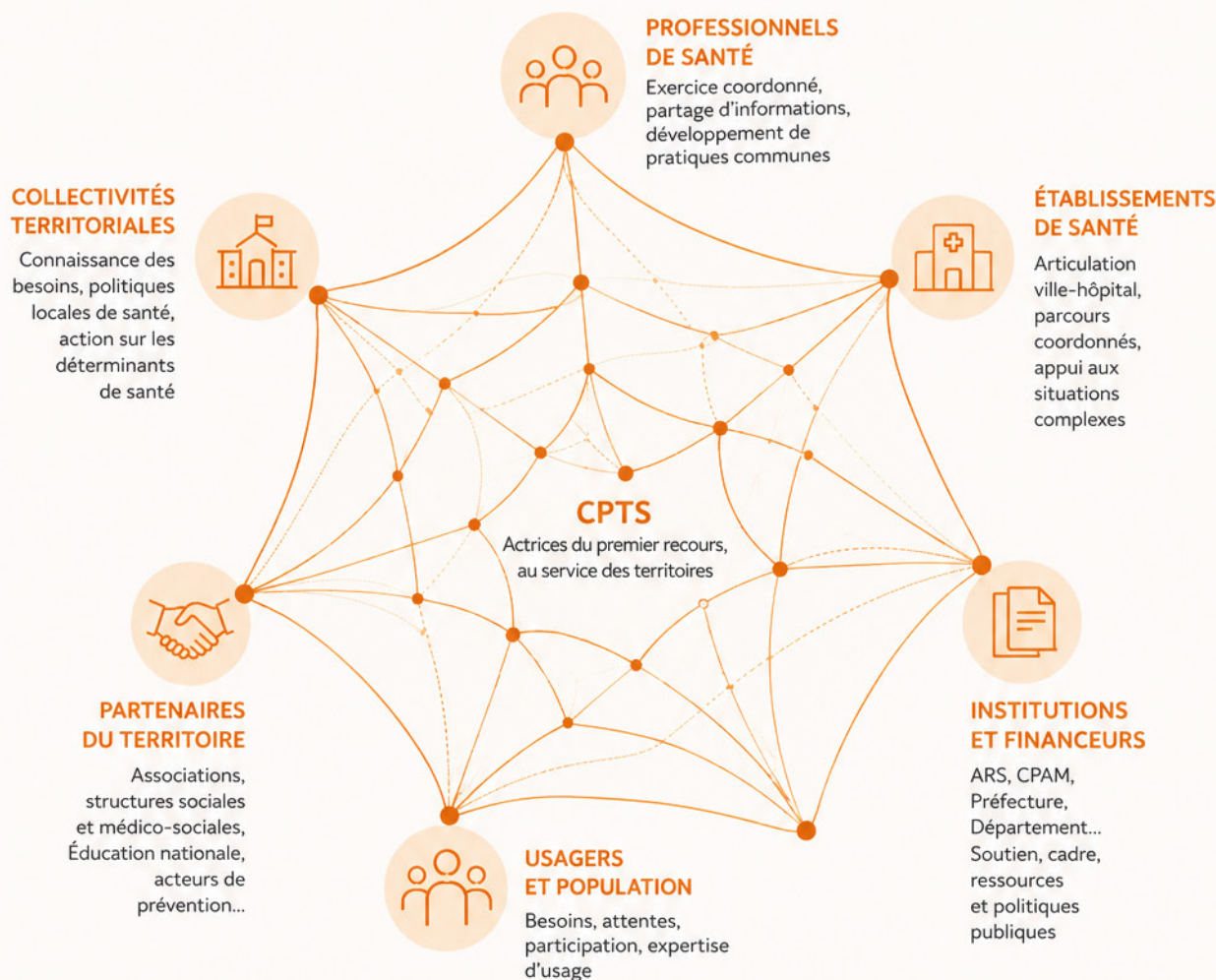
« Qui que vous soyez, vous êtes les bienvenus à cet atelier. Personne ici ne doit ressentir le syndrome de l'imposteur. Tout le monde peut faire de la recherche, dans les règles de l'art. »





Les CPTS, *un maillon essentiel*

dans l'organisation territoriale
des soins de premier recours



Enseignements clés



Un acteur structurant du premier recours

Les CPTS sont devenues un interlocuteur reconnu pour l'organisation des soins de proximité.



La coopération comme moteur

Leur efficacité repose sur leur capacité à travailler avec l'ensemble des acteurs du territoire et à dialoguer avec les échelons départementaux et institutionnels.



Un développement à accompagner

Accès aux données, outils, ingénierie, moyens et accompagnement sont indispensables pour leur permettre de remplir pleinement leur rôle.



Renforcer les CPTS, c'est renforcer la capacité des territoires à organiser les soins de premier recours.

CR réunion : PRENDRE DU RECUL

Intervention de M. Benoit Elleboode – Le rôle des CPTS en Nouvelle-Aquitaine : déploiement et adaptation territoriales «discours de clôture»

CPTS Coordination Territoriale Santé

POINTS ABORDÉS ET PRINCIPAUX ÉLÉMENTS ÉCHANGÉS

1. Discours de clôture du Directeur Général de l'ARS : Plaidoyer pour les CPTS

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a livré un plaidoyer structuré et argumenté en faveur des CPTS, s'appuyant sur son expérience personnelle et sur une analyse comparative des systèmes de santé.

🔴 **L'élément déclencheur : la crise du COVID-19.** Le DG a relaté son expérience lors de l'organisation de la vaccination. L'absence d'interlocuteur structuré en ville avait conduit à une organisation centrée sur les hôpitaux, jugée sous-optimale. Il a souligné que si les CPTS avaient existé à l'échelle nécessaire, la coordination serait passée par la médecine de ville, plus proche des populations.

🔴 **Les CPTS comme réponse aux grands enjeux de santé publique :** Au-delà de la crise sanitaire, il a cité le **dépistage, la prévention, l'organisation des parcours, la qualité et la pertinence des soins, l'accès aux soins pour les personnes vulnérables (handicap, précarité)**. Pour lui, il est impossible de répondre à ces défis en travaillant de manière individuelle avec chaque professionnel de santé. **Les CPTS constituent des structures intermédiaires territoriales indispensables, servant d'interlocuteur unique et structuré pour l'ARS.**

🔴 **Légitimité institutionnelle et Agora Lib' :** Il a salué le modèle d'*Agora Lib'* comme une réussite, car il permet d'articuler, dans une même organisation, les **CPTS (légitimité de terrain)** et les **URPS (légitimité élective)** pour parler d'une seule voix devant l'ARS. Ce modèle était un pari initial risqué mais s'avère fonctionnel.

2. Réponse aux critiques et reconnaissance des défis actuels des CPTS

Le DG a reconnu les critiques formulées dans plusieurs rapports concernant les fonds non utilisés ou le manque de projets déployés par certaines CPTS. Il a partagé le constat que les **CPTS n'ont pas encore atteint leur plein potentiel**, mais a insisté sur le fait que cela est en partie dû à un manque de moyens structurels et non seulement financiers.

Le manque de moyens comme frein principal :

🔴 **Accès aux coordonnées des professionnels :** Les CPTS ne peuvent pas contacter l'ensemble des professionnels de leur territoire faute d'accès aux listes de diffusion (un problème partagé par l'ARS elle-même).

🔴 **Accès aux données de santé :** Sans données exploitables sur les parcours de soins et l'activité du territoire, les CPTS élaborent leur projet de santé «avec un bandeau sur les yeux». Il a comparé cette situation à celle des hôpitaux publics qui disposent de données d'activité inter-établissements via les bases de données hospitalières.

🔴 **Nécessité d'une évolution réglementaire nationale :** Pour lui, des textes doivent faciliter l'accès aux données et la communication, et potentiellement **renforcer les incitations à l'adhésion des professionnels** aux CPTS de leur territoire.

3. CPTS versus Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et responsabilité territoriale

Le DG s'est positionné contre l'idée que l'avenir reposerait uniquement sur de grandes MSP à responsabilité populationnelle (modèle des pays nordiques ou espagnols).

Argument de la réalité et de l'adaptabilité :

- Le modèle français est diversifié : zones rurales, urbaines, mixtes.
- Les CPTS offrent la **capacité d'adaptation** nécessaire à ces différents profils, en intégrant ou non des MSP, des professionnels isolés, des centres de santé, etc.
- L'organisation en **CPTS à échelle territoriale large** est, selon lui, «**le seul outil majeur, nécessaire et structurant**» pour répondre à la première demande des Français : l'accès à un médecin traitant. Il a martelé qu'aucun pays n'a résolu ce problème sans une organisation collective à responsabilité territoriale.

4. Rôle des CPTS dans l'accès aux soins et l'articulation avec le second recours

Accès aux soins de premier recours : Les CPTS sont l'épine dorsale pour répondre à la demande croissante de soins, notamment face au vieillissement, au stress sociétal et à la peur de la population. L'action des CPTS est complémentaire à l'augmentation du numerus clausus ou à la délégation de tâches.

Coordination Ville-Hôpital : Les établissements de santé ne peuvent pas dialoguer avec l'ensemble des professionnels de ville d'un territoire. **Les CPTS deviennent l'interlocuteur obligatoire** pour fluidifier les parcours entre premier et second recours.

Prévention : Dans un contexte de défiance envers les institutions, **les professionnels de santé de proximité, via les CPTS, sont les mieux placés pour porter des messages de prévention et de changement de comportement**, car ils bénéficient de la confiance des usagers.

5. Échanges sur la gouvernance et le positionnement futur

Avec les interventions de Présidents de CPTS, du Directeur Général et des co-présidentes d'Agora Lib', trois axes majeurs ont été discutés :

La place des inter-CPTS :

- Le DG a reconnu la nécessité d'un échelon **départemental** pour dialoguer avec les préfetures, les conseils départementaux et les services de l'État.
- Il a insisté sur la nécessité d'intégrer les **élus locaux (EPCI)** dans la gouvernance des CPTS, à l'image du conseil de surveillance d'un hôpital, pour mieux répondre aux besoins de la population et travailler sur des sujets comme l'attractivité, l'immobilier ou la prévention environnementale.

Les CPTS doivent-elles devenir «effecteurs de soins» ?

- Le DG a refusé toute position dogmatique, prônant une **adaptation territoriale**.
- Il a donné trois exemples : 1) Dans les zones très peu denses, organiser une **maison médicale de garde de jour** avec vacation des professionnels. 2) Jouer le rôle de **porte d'entrée unique de régulation** pour filtrer les appels. 3) Pour les populations spécifiques (handicap, psychiatrie), organiser un **plateau technique dédié** (ex. soins dentaires) où tous les professionnels du territoire assurent des vacations solidaires.
- En conclusion temporaire, les co-présidents ont toutefois exprimé une réticence à devenir effecteurs de soins, préférant rester des «**coordinateurs**», en raison des risques juridiques et assurantiels liés à la responsabilité de prodiguer des actes. La frontière entre coordination et action est cependant tenue sur certaines missions (ex. Mission 4 : situation sanitaire exceptionnelle).

Moyens opérationnels et données :

Une remarque de l'assistance a apporté une solution concrète : l'**Agence du Numérique en Santé (ANS)** permet aux CPTS d'accéder à des données restreintes du **RPPS**, une première étape pour obtenir des coordonnées professionnelles, malgré un processus jugé long et des lacunes sur les adresses numériques (MSSanté).

POINTS DE CONCLUSION

- 1. Validation du rôle clé des CPTS :** Les CPTS sont confirmées par l'ARS comme **l'interlocuteur de référence** pour l'avenir du système de santé de premier recours et pour la coordination avec le second recours. Elles sont jugées incontournables pour relever les défis de l'accès aux soins et de la prévention.
- 2. Nécessité d'une évolution structurelle :** Pour remplir leurs missions, les CPTS ont besoin d'un **changement réglementaire national** garantissant l'accès aux données de santé et aux listes de contacts des professionnels de leur territoire. La négociation conventionnelle ne doit plus seulement porter sur le financier mais aussi sur ces outils.
- 3. Renforcement du lien territorial :** L'avenir passe par une meilleure intégration des **inter-CPTS départementales** et une collaboration renforcée avec les **collectivités locales et les EPCI** pour ancrer la santé dans les politiques locales.
- 4. Agilité et non-dogmatisme :** La question du rôle d'effecteur de soins reste ouverte et doit s'adapter aux réalités de chaque territoire, bien que la tendance majoritaire des participants soit de consolider le rôle de coordination sans prendre la responsabilité directe des actes de soins.

PERSPECTIVES

- 6 Niveau régional et local :** Engager un travail avec l'Assurance Maladie pour trouver des solutions transitoires d'accès aux données, en attendant les évolutions réglementaires nationales.
- 6 Niveau national (message à porter) :** Faire remonter la demande d'évolution des textes pour l'accès aux coordonnées et aux données de santé.
- 6 Gouvernance :** Initier une réflexion pour intégrer des représentants des **élus locaux (EPCI)** dans les Organes de Concertation et d'Action (OCA) des CPTS.
- 6 Gestion de crise :** Inclure progressivement les CPTS volontaires et structurées dans les exercices de **gestion de crise sanitaire (plans blancs, engagements majeurs)**, en conditionnant ce rôle à leur capacité de mobiliser les professionnels.
- 6 Pratique :** Pour les CPTS cherchant à obtenir des données, contacter l'ANS via la page <https://esante.gouv.fr/produits-services/annuaire-sante> pour initier la démarche d'accès restreint au RPPS.



02

Structurer

- Atelier 1 – Se faire connaître et reconnaître : la communication au service de la CPTS p.25
- Atelier 4 – Comment faire vivre ma CPTS avec et pour les usagers ? p.29
- Atelier 6 – Organiser les rôles au sein de la CPTS : structurer l’association pour faire vivre les projets p.33
- Atelier 10 – Atelier collaboratif : Dialogue de gestion, valoriser ses actions et défendre sa stratégie p.36
- Atelier 11 – Organisation bureau – salariés : structurer et dynamiser la vie associative p.39
- Atelier 15 – Atelier collaboratif : la mission parcours en CPTS, de quoi parle t-on ? p.42

ATELIER 1



STRUCTURER SA COMMUNICATION EN CPTS : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR L'INTERNALISATION ET LA STRATÉGIE MULTI-CIBLES



CPTS Côte Sud Landes • CPTS Nord Bassin Océan

POURQUOI INTERNALISER LA COMMUNICATION ?

- ✓ Gagner en visibilité et en adhésion des professionnels
- ✓ Rendre les thématiques "plus sexy"
- ✓ Attirer les professionnels de santé
- ✓ Contrebalancer une perception institutionnelle (ARS, CPAM)
- ✓ S'intégrer totalement dans l'équipe et acculturer aux enjeux de santé
- ✓ Apporter transversalité et réactivité

L'internalisation permet une intégration totale dans l'équipe : plus de proximité, plus de compréhension, plus d'impact.

UNE SEULE MARQUE CPTS POUR DEUX PUBLICS AUX ATTENTES DIFFÉRENTES

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Leurs attentes :
- ✓ Informations utiles
 - ✓ Outils et ressources
 - ✓ Coordination
 - ✓ Partage d'expérience
 - ✓ Formation

GRAND PUBLIC (HABITANTS / PATIENTS)

- Leurs attentes :
- ✓ Santé
 - ✓ Prévention
 - ✓ Proximité
 - ✓ Orientation
 - ✓ Services accessibles

Des messages et des codes adaptés à chaque public

CHIFFRES CLÉS

70 000+ habitants

26 communes

+900 professionnels de santé

1 à 2 newsletters par mois

Site internet avec deux entrées distinctes (pros / grand public)

CONNAÎTRE SES PUBLICS POUR MIEUX COMMUNIQUER

4 personas de professionnels modélisés

CHRISTINE
Praticienne débordée mais engagée

- Manque de temps
- En attente d'informations claires et concrètes

ANTOINE
Kiné convaincu du collectif, préfère le présentiel

- A besoin d'échanger
- Sens du collectif fort

JULIE
Jeune pro connectée, adepte des formats courts et des réseaux sociaux

- Mobile et réactive
- Privilégie le digital et l'instantané

PHILIPPE
Pragmatique orienté solutions, consommateur de contenu asynchrone

- Veut des solutions concrètes
- Consomme à son rythme

Aux professionnels : maisons de santé, coordination, outils

Au grand public : santé, prévention, proximité, orientation

NOS CANAUX ET OUTILS

Des outils complémentaires au service de chaque public

LINKEDIN
Engagement professionnel avec les partenaires
Relais des événements grand public via les communautés

INSTAGRAM
Cible les jeunes pros et les résidents
Formats visuels et stories

FACEBOOK
Peu utilisé sur la page propre mais infiltration de groupes locaux ("Tu sais que tu viens de...") pour toucher le grand public
1 post sans engagement visible peut générer jusqu'à 5 000 vues



SITE INTERNET
LE HUB CENTRAL

Deux entrées :
PROS / GRAND PUBLIC
Coût de développement : 6 000 à 10 000 €
Développement continu, SEO et suivi (Matomo)
Libre d'accès à tous

NEWSLETTER
Outil principal pour les pros
Rythme : mensuel ou bi-mensuel

- Focus strict sur les actions de la CPTS (pas de rediffusion ARS/CPAM)
- Mailings spécifiques par profession

TÉLÉPHONE
La relance téléphonique reste indispensable pour les événements importants et pour engager les professionnels peu réactifs

MESURER L'IMPACT ET ADOPTER LES BONNES PRATIQUES

- Le taux d'ouverture des emails n'est plus un indicateur fiable, contrairement au taux de clics.
- Vendredi à 18h30 : créneau d'envoi performant pour les mailings longs (à tester localement).
- limiter à 1 ou 2 newsletters par mois pour éviter la saturation.
- Informations choisies, claires et actionnables en un coup d'œil, avec renvoi vers le site.
- Relance téléphonique indispensable en complément des canaux digitaux.

LES TENSIONS À GÉRER

INFORMER (Diffuser de l'info) ↔ **ENGAGER** (Mobiliser, faire agir)

VISIBILITÉ (Être présent, exister) ↔ **SATURATION** (Trop de sollicitations)

VOS QUESTIONS, NOS RÉPONSES

Comment gérer la plainte des pros qui reçoivent trop de mails ?
Réduire le nombre d'envois mais augmenter la qualité et la pertinence. Infos "en un coup d'œil" renvoyant au site. La relance téléphonique reste la plus efficace.

Comment sont gérées la protection des données (RGPD) ?
Consentement libre, désinscription sur chaque email, formation RGPD indispensable, serveur basé en France. Vigilance sur les listes de diffusion (éviter les simples fichiers Excel).

Utilisez-vous Plexus Santé pour la coordination et les notes de frais ?
Oui, mais uniquement en outil de travail interne avec les adhérents investis dans les groupes de travail. Pas utilisé pour les communications externes : exclut les non-adhérents et peu attractif.

Comment maintenir des outils simples pour une petite structure (CPTS de taille 1) ?
Plexus est "correct" : simple à prendre en main, substitue WhatsApp pour la coordination. Possibilité d'ajouter des partenaires en invités avec des droits restreints.

Quels outils utilisez-vous pour la programmation des réseaux et la gestion de projet ?
Peu d'outils de programmation payants pour les réseaux (au fil de l'eau). Rétroplanning (Gantt) annuel. Outils de gestion de projet comme Asana pour attribuer les tâches et gérer les validations.

Comment le poste de chargé de communication a-t-il été financé ?
Intégré au budget de la CPTS sans recours à des fonds supplémentaires externes. Le salaire est ventilé sur l'ensemble des missions.



“ COMMUNIQUER, CE N'EST PAS DIFFUSER UNE INFORMATION ; C'EST CRÉER LES CONDITIONS DE L'ENGAGEMENT. ”



Atelier 1 - STRUCTURER

Structurer sa communication en CPTS : Retour d'expérience sur l'internalisation et la stratégie multi-cibles

Intervenants :

- **Laura ZARRAGOZA** - Coordination CPTS Côte Sud Landes
- **Océane VANWEYDEVELD** - Chargée de communication CPTS Côte Sud Landes
- **Elodie FOUCAT** - Chargée de communication CPTS Nord Bassin Océan
- **Sandrine DEMEZIL** - Directrice CPTS Nord Bassin Océan

Actions présentées :

L'atelier a détaillé le processus de structuration de la communication au sein de deux CPTS, en partant du constat de la nécessité de gagner en visibilité et en adhésion des professionnels.

Genèse du poste et internalisation :

- La CPTS Côte Sud Landes (taille 2, plus de 70 000 habitants, 26 communes, plus de 900 professionnels de santé) et la CPTS Nord Bassin Océan ont fait le choix stratégique d'**internaliser un poste de chargé de communication**.
- Ce choix répond à un besoin de visibilité pour attirer les professionnels, de rendre les thématiques «plus sexy», et de contrebalancer une perception institutionnelle (ARS,CPAM).
- L'avantage clé de l'internalisation est l'**intégration totale dans l'équipe**, permettant une acculturation aux enjeux de santé et une transversalité qu'un prestataire externe ne peut pas offrir. Une période d'accompagnement a été nécessaire pour le poste.

Stratégie de communication : «Une seule marque CPTS pour deux publics» :

- **Identification des cibles** : La communication est segmentée entre les **professionnels de santé** et le **grand public** (habitants, patients), car leurs attentes, besoins et codes sont radicalement différents.
- **Création de «personas»** : Un outil marketing a été utilisé pour modéliser 4 profils types de professionnels :
 - **Christine** : Praticienne débordée mais engagée.
 - **Antoine** : Kiné convaincu du collectif, préférant le présentiel.
 - **Julie** : Jeune professionnelle connectée, adepte des formats courts et des réseaux sociaux.
 - **Philippe** : Pragmatique orienté solutions, consommateur de contenu asynchrone.
- **Adaptation des messages** : Aux professionnels, on parle de **maisons de santé, coordination et outils**. Au grand public, on parle de **santé, prévention, proximité et orientation**.

Canaux et outils déployés :

• Le Site Internet (le hub central) :

- Conçu avec **deux entrées distinctes** (pros/grand public).
- Coût de développement initial d'environ **6 000 à 10 000 euros**.
- Stratégie de **développement continu** avec un prestataire pour le référencement naturel (SEO) et le suivi via des outils comme **Matomo**.
- Choix fort : le site est **libre d'accès à tous**, adhérents ou non, pour faciliter la transmission d'information et attirer.

6 Réseaux sociaux :

- **LinkedIn** : Pour l'engagement professionnel avec les partenaires. Même les événements grand public y sont postés en impliquant les communautés pour un relais.
- **Instagram** : Pour cibler à la fois les jeunes professionnels et les résidents.
- **Facebook** : Très peu utilisé sur la page propre, mais massivement via **l'infiltration de groupes locaux** («Tu sais que tu viens de...») pour toucher le grand public. **Un post sans engagement visible peut générer jusqu'à 5 000 vues.**

6 Newsletter :

- Outil principal pour les professionnels avec un rythme **mensuel ou bimensuel**.
- Le contenu est un **focus strict sur les actions de la CPTS** (pas une rediffusion d'infos ARS/CPAM) pour éviter la saturation.
- La base de données est alimentée par l'annuaire et les inscriptions.
- Des **mailings spécifiques par profession** sont envoyés pour les événements ciblés (ex: formation pour infirmiers).

Mesure de l'impact et bonnes pratiques :

- 6 Le **taux d'ouverture** des emails n'est plus un indicateur fiable, contrairement au **taux de clics**.
- 6 Un test a révélé que le **vendredi à 18h30** est un créneau d'envoi performant pour les mailings longs (à tester localement).
- 6 **La relance téléphonique** est indispensable pour les événements importants, en complément des canaux digitaux.
- 6 Face au problème de sur-sollicitation par email, la stratégie est de limiter les envois à **une ou deux newsletters par mois**, avec des informations choisies, claires et une action rapide en un coup d'oeil.

Questions et réponses :

6 **Question (Anais, CPTS Genome)** : Comment gérer la plainte des professionnels qui reçoivent trop de mails, y compris ceux utilisant leur adresse personnelle ?

6 **Réponse** : Il faut distinguer la minorité qui se plaint de la majorité silencieuse qui a besoin de l'information. La stratégie est de réduire le nombre d'envois mais d'en augmenter la qualité et la pertinence, avec des infos «en un coup d'oeil» renvoyant au site pour plus de détails. Le rappel téléphonique reste le moyen le plus efficace pour engager les professionnels qui ne répondent pas.

6 **Question (Participant)** : Comment sont gérées la protection des données (RGPD) et la sécurité des informations récoltées ?

6 **Réponse** : Les données récoltées (nom, prénom, email, parfois téléphone) sont basées sur le consentement libre. La désinscription est possible sur chaque email. Une formation sur le RGPD est jugée «particulièrement importante». Les données sont stockées sur un serveur basé en France. L'utilisation de listes de diffusion sur simple fichier Excel nécessite une grande vigilance.

6 **Question (Trésorière CPTS Bourgave)** : Utilisez-vous le logiciel Plexus Santé pour la coordination et les notes de frais ?

6 **Réponse** : Oui, **Plexus est utilisé mais uniquement comme outil de travail interne** avec les adhérents investis dans les groupes de travail (rappel de réunions). Il n'est pas utilisé pour les communications externes car il est jugé «pas très joli» et **exclut de fait les non-adhérents**, ce qui est une limite importante pour les CPTS cherchant à élargir leur audience via des événements ouverts.

📌 **Question (Chargée de com CPTS de taille 1, TKF, prestataire externalisé) :** Comment maintenir des outils simples pour une petite structure ?

📌 **Réponse :** Pour une CPTS de taille 1, **Plexus est jugé «correct»**. L'avantage est sa simplicité de prise en main, permettant même aux membres du bureau de l'utiliser. L'ajout de partenaires en tant qu'invités avec des droits restreints est possible. Il se substitue efficacement aux outils de messagerie comme WhatsApp pour la coordination.

.....

📌 **Question (Participant) :** Quels outils de programmation des réseaux sociaux et de gestion de projet utilisez-vous ?

📌 **Réponse :** Peu d'outils de programmation payants sont utilisés pour les réseaux sociaux, souvent mis en place au fil de l'eau. En revanche, un **rétroplanning (Gantt) des actions de communication** sur l'année est en place. Des outils comme **Asana** sont utilisés pour la gestion de projet, permettant d'attribuer des tâches et gérer les validations. L'important est de trouver l'outil qui correspond au mode de fonctionnement de l'équipe et du bureau.

.....

📌 **Question (Participant) :** Comment le poste de chargé de communication a-t-il été financé ?

📌 **Réponse :** Le poste est intégré au budget de la CPTS sans recours à des fonds supplémentaires externes. Le salaire est ventilé sur l'ensemble des missions et ne dépend pas uniquement des frais de fonctionnement.

.....

Perspectives :

📌 **Amélioration continue de la mesure d'impact :** Les outils actuels (Google Search Console, Matomo) fournissent des données de base, mais l'objectif est de mieux suivre le «chemin de l'utilisateur» pour affiner la stratégie de contenu.

📌 **Optimisation de la gestion des contacts :** Un travail est en cours pour mieux exploiter les inscriptions à la newsletter, notamment en filtrant les professionnels de santé parmi les inscrits pour ne pas leur adresser un discours grand public inadapté.

📌 **Partage d'expérience et entraide :** Les présentations et les coordonnées des intervenantes sont mises à disposition pour permettre un soutien entre pairs sur des questions techniques (outils comme Canva, Brevo).

« Une seule marque CPTS, mais plusieurs publics : communiquer efficacement, c'est savoir adapter son message sans perdre son identité. »

.....

« Un mail informe. Une relance téléphonique engage. »



Atelier 4



STRUCTURER

Impliquer les usagers : de l'information à la co-construction

Une dynamique à plusieurs niveaux, complémentaire et progressive



3 CONSTRUIRE AVEC LES USAGERS

Aller plus loin ensemble pour des actions plus adaptées, plus partagées, plus efficaces.



EXEMPLES D'ACTIONS AVEC

- Groupes de travail avec des usagers
- Comités d'usagers
- Co-conception d'outils et d'actions
- Co-animation d'ateliers, témoignages
- Évaluation participative

2 ÉCOUTER ET CONSULTER LES USAGERS

Recueillir leurs avis et expériences pour améliorer nos actions.



EXEMPLES D'ACTIONS POUR

- Campagnes d'information
- Livrets, guides, affiches
- Dépistages, bilans de santé
- Ateliers de prévention
- Orientation vers les bons interlocuteurs

1 INFORMER ET AGIR POUR LES USAGERS

Répondre aux besoins essentiels, faciliter l'accès et sensibiliser.



QUI ENRICHISSANT LE PROJET ?



PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Apportent leur expertise et leur connaissance du terrain.



USAGERS ET HABITANTS

Partagent leurs besoins, leurs vécus et leurs idées.



AIDANTS

Apportent leur expérience et leur regard du quotidien.



ASSOCIATIONS ET ACTEURS LOCAUX

Relais de proximité, compétences et ancrage sur le territoire.



COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Soutiennent, facilitent et mobilisent les leviers du territoire.



“ Construire des actions avec les usagers ne remplace pas les actions pour les usagers ; cela les rend plus pertinentes. ”



Atelier 4 - STRUCTURER

Comment faire vivre ma CPTS avec et pour les usagers ?

Objectif général :

La CPTS agit comme un levier d'inclusion et de coordination pour :

- 6 **Garantir un accès équitable aux soins** (médecin traitant, soins non programmés, prévention).
- 6 **Renforcer la participation citoyenne** en associant les usagers à la conception, l'évaluation et la mise en œuvre des actions.
- 6 **Adapter les dispositifs** aux réalités territoriales (déserts médicaux, inégalités sociales, diversité linguistique et culturelle).

Modalités d'action POUR les usagers

(Actions directes ou indirectes en leur faveur)

6 Faciliter l'accès aux soins et à la prévention

Action	Description	Public cible
Protocoles de coopération entre professionnels	Structurer les parcours de soins pour fluidifier l'accès (ex : orientation vers un médecin traitant).	Tous les usagers
Téléconsultations assistées / Téléexpertise	Permettre un accès à distance aux professionnels, avec accompagnement si besoin.	Usagers éloignés, personnes à mobilité réduite
Dispositifs mobiles	Médoco'bus, Clac soin (soins mobiles) pour aller vers les populations isolées.	Usagers en zones rurales ou sous-dotées
Simplification des démarches	Formulaires d'accès au médecin traitant, explicitation des organisations de soins non programmés (SNP).	Usagers en difficulté administrative
Promotion des services existants	Sensibilisation au Service d'Accès Aux Soins (SAS) et aux ressources territoriales.	Usagers méconnaissant les dispositifs
Actions de prévention ciblées	Conférences, soirées, théâtre, ateliers de sensibilisation (dépistage, hygiène de vie, etc.).	Tous les usagers
Livrables adaptés	Guides, cartes ou supports listant les ressources locales (associations, professionnels, etc.).	Tous les usagers

6 Informer et sensibiliser

Action	Description	Public cible
Pédagogie sur le système de santé	Expliquer le rôle du médecin traitant, les parcours de soins, les droits des usagers.	Usagers peu familiarisés avec le système
Communication adaptée	Supports en FALC (Facile À Lire et à Comprendre), traductions, visuels pour les personnes handicapées ou non francophones.	Usagers en situation de vulnérabilité
Événements grand public	Conférences, ateliers, animations dans des lieux accessibles (marchés, salles des fêtes).	Tous les usagers

Modalités d'action AVEC les usagers

(Co-construction, participation active et adaptation collaborative)

6 Impliquer les usagers dans la conception et l'évaluation

Action	Description	Public cible
Groupes de travail participatifs	Associer des usagers représentatifs (âgés, précaires, handicapés, etc.) aux réflexions.	Actions plus pertinentes et inclusives
Recueil des besoins	Enquêtes, diagnostics territoriaux, ateliers pour identifier les attentes.	Actions ciblées et adaptées
Co-construction des actions	Conception avec les usagers (ex : ateliers de sensibilisation, formations).	Meilleure adhésion et appropriation
Évaluation collaborative	Impliquer les usagers dans l'évaluation des actions (retours, ajustements).	Amélioration continue

6 Renforcer les partenariats et la communication inclusive

Action	Description	Public cible
Collaboration avec les associations	Intégrer les associations de patients et locales dans les groupes de travail.	Légitimité et ancrage territorial
Partenariats avec les communes	Utiliser les réseaux municipaux (affichage, bulletins, salles communales).	Visibilité et crédibilité
Ambassadeurs usagers	Former des usagers ou professionnels pour relayer les messages.	Diffusion de proximité
Co-animation des actions	Associer usagers et professionnels dans l'animation d'ateliers ou d'événements.	Richesse des échanges
Communication multicanale	Combiner numérique, radio, presse locale, affichage, flyers, newsletters, bulletins municipaux.	Couverture maximale des publics
Participation aux événements locaux	Présence aux journées des associations, forums, etc.	Renforcement des liens

Synthèse transversale : Leviers clés pour une CPTS

3 piliers d'action

1. Aller vers les usagers :

- **Mobilité** : Dispositifs itinérants (Médico'bus, Clac soin).
- **Proximité** : Actions dans des lieux publics (marchés, places).
- **Accessibilité** : Supports adaptés (FALC, traductions, visuels).

2. Faire avec les usagers :

- **Co-construction** : Impliquer les usagers dès la **conception** (groupes de travail, ateliers).
- **Participation active** : Permettre aux usagers de **porter des actions** (ex : ambassadeurs, co-animation).
- **Écoute et ajustement** : Recueillir les **besoins** et adapter en continu.

3. S'appuyer sur les acteurs locaux :

- **Partenariats** : Communes, associations, professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers).
- **Réseaux existants** : Utiliser les canaux de communication locaux (bulletins municipaux, radios associatives).

Tableau récapitulatif des modalités

Type	Actions POUR les usagers	Actions AVEC les usagers	Outils/Canaux
Accès aux soins	Protocoles, téléconsultations, dispositifs mobiles	Adapter les actions, évaluer les besoins	Formulaires, SAS, SNP, livrables adaptés
Prévention	Ateliers, conférences, Clac soin	Co-construction, ambassadeurs, groupes de travail	Affichage, newsletters, bulletins
Communication	Pédagogie, supports adaptés (FALC, traductions)	Conception inclusive, multicanale	Numérique, radio, papier, événements
Coordination	Orientation, promotion des services	Partenariats (communes, associations, professionnels)	Réseaux locaux, diagnostics participatifs

Recommandations stratégiques

1. Prioriser l'inclusion :

- Cibler les publics vulnérables (précaires, handicapés, non francophones) dans les groupes de travail.
- Utiliser des méthodes participatives (ateliers, diagnostics territoriaux).

2. Diversifier les canaux de communication :

- Ne pas se limiter au numérique : Intégrer papier, radio, affichage, et supports adaptés (FALC).
- S'appuyer sur les relais locaux : Associations, communes, professionnels de santé libéraux.

3. Évaluer et itérer :

- Mettre en place des indicateurs de satisfaction (enquêtes post-action).
- Ajuster en continu en fonction des retours (ex : modifier les horaires des dispositifs mobiles).

4. Capitaliser et partager :

- Créer un répertoire des ressources territoriales (misé à jour régulièrement).
- Documenter les bonnes pratiques pour les reproduire ou les partager avec d'autres CPTS.

En résumé

La CPTS doit agir à la fois comme un facilitateur et un coordinateur participatif :

- Pour les usagers : Faciliter l'accès, informer, adapter les dispositifs.
- Avec les usagers : Écouter, co-construire, impliquer dans la mise en œuvre et l'évaluation.

Message clé

Construire des actions avec les usagers ne remplace pas les actions pour : cela les rend plus pertinentes.

ATELIER 6



ORGANISER LES RÔLES AU SEIN DE LA CPTS : STRUCTURER L'ASSOCIATION ET FAIRE VIVRE LES PROJETS



Retour d'expérience de la CPTS du Pays Châtelleraudais

NOTRE TERRITOIRE

- 49 communes
- ≈ 90 000 habitants
- 400 professionnels de santé libéraux
- 1 site hospitalier (CHU de Poitiers - site de Châtelleraut)
- 8 EHPAD
- Créée en 2019, projet de santé lancé en 2021 (1^{ère} CPTS du département)

“ La CPTS ne peut pas imposer un projet, mais elle peut l'accompagner puissamment lorsqu'il émerge du terrain. ”



UNE ÉQUIPE SALARIÉE AU SERVICE DES PROJETS

- 1 coordinatrice à temps plein
- 1 assistante de direction (admin., comptabilité, accueil patients sans médecin traitant)
- 2 chargés de mission
 - Mission 1 : accès aux soins
 - Missions 2 & 3 : parcours et prévention
- 1 secrétaire médicale (70 %) employée pour le projet Cassis
- 1 chargé de communication en alternance

4,8 ETP + 1 alternance

≈ 100 000 € de coût RH annuel

UNE GOUVERNANCE SOUPLE ET ENGAGÉE

BUREAU EXÉCUTIF

Réunion mensuelle - Instance décisionnaire

Président (médecin généraliste) Représentativité politique, lien institutionnel, signature des documents	Trésoriers (pharmacienne et infirmier libéral) Gestion financière, comptabilité, RH, entretiens annuels	Secrétaire (directrice d'EHPAD et représentant des usagers) Fortement impliqués sur les questions RH
---	--	---

CONSEIL D'ADMINISTRATION

4 collèges représentés

Professionnels libéraux	Équipes de soins primaires / MSP	Établissements médico-sociaux et sanitaires	Usagers
-------------------------	----------------------------------	---	---------

FONCTIONNEMENT HORIZONTAL

Management transversal - pas de logique pyramidale
La gouvernance assure la cohérence et le pilotage associatif, les professionnels apportent l'expertise, l'équipe salariée assure le fil rouge et la continuité.

Large autonomie de l'équipe et climat de confiance.
Reporting continu à la gouvernance : les décisions structurantes restent du ressort du bureau.

PRO ACTIF : APPEL À PROJETS ANNUEL (HORS ACI)

Un dispositif pour faire émerger et soutenir les initiatives des professionnels !

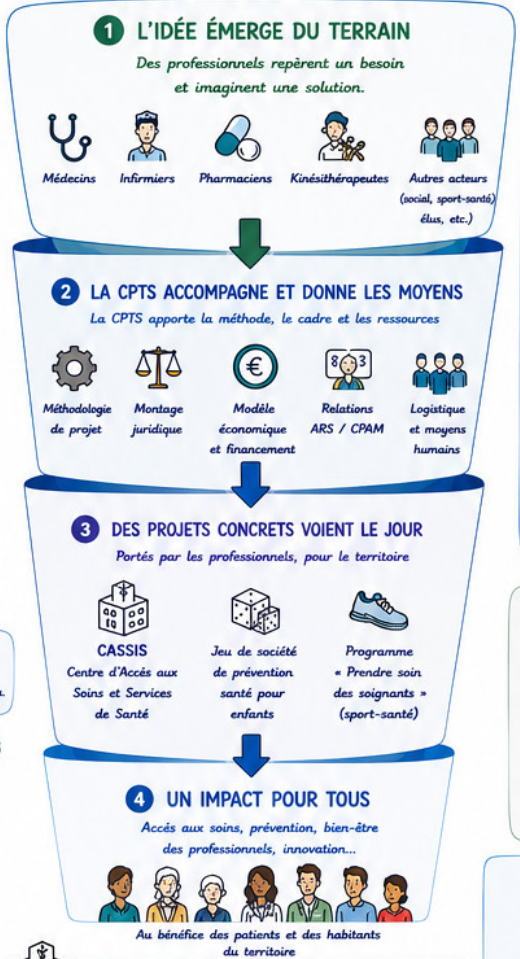
- Financé sur les fonds propres de la CPTS
- Chaque année, une enveloppe indicelle dédiée
- Rémunération des intervenants :
 - forfait 100 € pour montage / débrief
 - forfaits horaires selon la durée de l'atelier
- Projets portés par des professionnels du territoire et en cohérence avec les missions du projet de santé

EXEMPLES DE PROJETS SOUTENUS

- Création d'un jeu de société de prévention santé pour enfants par une kinésithérapeute (financement graphique et production)
- Programme « Prendre soin des soignants » via des activités sportives adaptées

Un levier pour fédérer et créer une communauté d'acteurs engagés (35 à 40 professionnels très actifs)

DE L'IDÉE DU TERRAIN À L'IMPACT SUR LE TERRITOIRE



LES TENSIONS À GÉRER

1 CONFIANCE ↔ FORMALISATION

Ce qui fait notre force vs Le risque à surveiller

- Relations humaines fortes
- Souplesse et réactivité
- Décisions rapides
- Autonomie et responsabilisation
- Dépendance aux personnes clés
- Moins de traçabilité
- Difficulté à transmettre et à reproduire

2 SOUPLÉSSE ↔ PÉRENNITÉ

Ce qui nous permet d'agir vs Le défi pour demain

- Adaptation rapide aux besoins
- Liberté d'initiative
- Climat de confiance
- Passage de relais (équipe et gouvernance)
- Stabilisation des pratiques
- Sécurisation du modèle

L'enjeu : garder l'agilité sans perdre la pérennité des actions et des projets.

LES CLÉS DE RÉUSSITE IDENTIFIÉES

- Professionnels engagés et moteurs
- Équipe salariée compétente et autonome
- Coordination de proximité
- Vision partagée et reporting régulier
- Gouvernance disponible et impliquée
- Confiance réciproque et communication fluide
- Ouverture aux partenaires (ARS, CPAM, collectivités, MSP, établissements, usagers...)

ET DEMAIN ?



FOCUS SUR LE PROJET CASSIS

POUR QUI ? 12 000 patients sans médecin traitant (en estimation), dont de nombreux patients chroniques (ALD). Objectif : proposer un accès aux soins non programmés et à son rythme adapté.	LES OBJECTIFS ✓ Faciliter l'accès aux soins pour les patients sans MT ✓ Soulager les urgences et les cabinets saturés ✓ Apporter une réponse rapide, humaine et organisée	UN MODÈLE AGILE ET ÉVOLUTIF ✓ Lignes distinctes des cabinets ✓ Cabinet secondaire des médecins ✓ Activité libérale sans indemnisation supplémentaire du démarrage ✓ Équipe salariée mise à disposition via la CPTS et une MSP ✓ Évaluation continue et adaptation
--	---	---

UNE ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE DÉDIÉE

Secrétaire à temps plein (logiq., accueil, admin., entretiens...)	Responsable « Pro Actif » (évaluation, orientation, coordination)	Secrétaire médicale 70 % (soins, télépharmacie, planification)	Médecins généralistes (démarré en clinique, suivi non-journé à la journée)
---	---	--	--

Un projet né d'une initiative médicale, porté et sécurisé par la CPTS !

L'IMPACT ATTENDU ET DÉJÀ MESURÉ

Meilleur accès aux soins pour les patients	Désengorgement des urgences et des cabinets	Réponse rapide et qualitative aux besoins
Satisfaction des patients et des professionnels	Dynamique collective et attractivité du territoire	Modèle répliquable et évolutif

LES PROFESSIONNELS PORTENT LES IDÉES. LA CPTS LEUR DONNE LES MOYENS DE CHANGER LE TERRITOIRE.

Atelier 6 - STRUCTURER

Organiser les rôles au sein de la CPTS Structurer l'association et faire vivre les projets

Intervenants :

- **Martina Pirola** – Coordinatrice et directrice de la CPTS du Pays Châtelleraudais
- **Robert Pavlovic** – Médecin généraliste, membre du collectif de médecins à l'origine du projet Cassis

Objectif de l'atelier :

Partager une expérience concrète de gouvernance et d'organisation interne afin de montrer comment une CPTS peut structurer son fonctionnement, accompagner les initiatives des professionnels et favoriser l'émergence de projets sur son territoire.

Retour d'expérience

1. Clarifier les rôles pour gagner en efficacité

La CPTS du Pays Châtelleraudais repose sur une gouvernance associant professionnels de santé, établissements, usagers et équipe salariée.

La répartition des rôles est clairement identifiée :

- le bureau porte les orientations stratégiques ;
- l'équipe salariée assure la mise en œuvre opérationnelle ;
- les professionnels contribuent en tant qu'experts des projets.

Cette organisation permet à l'équipe salariée de disposer d'une large autonomie tout en maintenant un lien régulier avec la gouvernance.

2. Faire émerger les projets à partir des besoins du terrain

Pour encourager les initiatives des professionnels, la CPTS a créé Pro Actif, un dispositif interne de soutien aux projets. Les professionnels peuvent proposer une idée tandis que la CPTS apporte :

- un accompagnement méthodologique ;
- une aide à la structuration ;
- un soutien financier lorsque cela est possible.

Ce dispositif a notamment permis le développement d'actions de prévention auprès des enfants ou d'actions dédiées au bien-être des soignants.

3. Accompagner les projets sans les porter à la place des professionnels

L'atelier a mis en évidence le rôle de la CPTS comme facilitatrice de projets.

Les initiatives naissent des besoins exprimés par les professionnels. La CPTS apporte ensuite les ressources, les partenariats et l'ingénierie nécessaires à leur concrétisation.

L'exemple du projet Cassis illustre cette posture d'accompagnement.

Focus : le projet Cassis

Quelques chiffres clés :

- 12 000 patients sans médecin traitant sur le territoire.
- De nombreux patients atteints d'ALD sans suivi régulier.
- 8 départs de médecins en 18 mois.
- Des difficultés croissantes d'accès aux soins.

La réponse apportée :

Un collectif de médecins a imaginé un dispositif dédié aux patients sans solution de suivi médical. La CPTS a accompagné la structuration du projet (organisation, modèle économique, relations avec les partenaires institutionnels) tandis que les professionnels de santé en assuraient le portage médical.

Enseignement clé :

La CPTS n'a pas créé le projet ; elle a permis son émergence et sa mise en œuvre.

Questions et échanges marquants

Comment maintenir le lien entre salariés et gouvernance ?

Les échanges reposent principalement sur des réunions régulières du bureau et une communication directe facilitant les prises de décision rapides.

Comment animer durablement les groupes de travail ?

Chaque mission est accompagnée par un salarié chargé de l'organisation et du suivi des actions. Les professionnels interviennent principalement sur leur expertise.

Comment sécuriser l'organisation dans le temps ?

Les participants ont souligné l'intérêt de formaliser davantage les rôles, délégations et niveaux de décision afin de limiter les risques liés aux changements de gouvernance ou au départ de salariés clés.

Comment mobiliser les professionnels ?

L'expérience présentée montre que les projets fonctionnent mieux lorsqu'ils émergent d'un besoin identifié par les professionnels eux-mêmes. La CPTS agit alors comme facilitatrice et accélératrice.

Enseignements clés

🔹 **Une répartition claire des rôles favorise l'autonomie et l'efficacité.**

🔹 **Les projets les plus mobilisateurs naissent des besoins exprimés par les professionnels de terrain.**

🔹 **La valeur ajoutée d'une CPTS réside autant dans sa capacité à coordonner et accompagner que dans les actions qu'elle porte directement.**

Message de l'atelier

Les professionnel.le.s portent les idées, la CPTS leur donne les moyens de changer le territoire

« **La CPTS ne peut pas imposer un projet, mais elle peut l'accompagner puissamment lorsqu'un besoin est exprimé.** »

« **Ce sont les réalisations concrètes qui permettent de dépasser l'image de la CPTS comme une usine à gaz.** »

ATELIER 10

DIALOGUE DE GESTION DANS LES CPTS



≡ *Négocier, coopérer, adapter!* ≡



DATE
11 juin 2026 - 15h50

INTERVENANTS
Thibaut Sommacal chargé de mission 19 et 24

Chloé Mondolfo chargée de mission 40 et formation PACTE

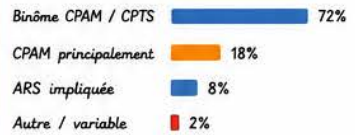
LE DIALOGUE DE GESTION, C'EST QUOI ?



Un moment de discussion entre CPTS et financeurs pour faire le point, ajuster les objectifs et construire les actions à venir.

SONDAGE INTERACTIF

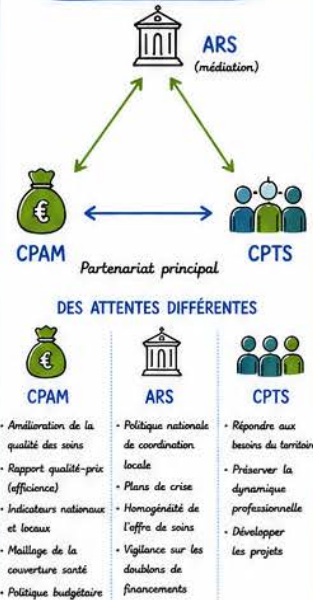
Qui pilote le dialogue de gestion sur votre territoire ?



La participation interne mobilise l'équipe salariée ET des membres du bureau, avec des rôles différenciés.

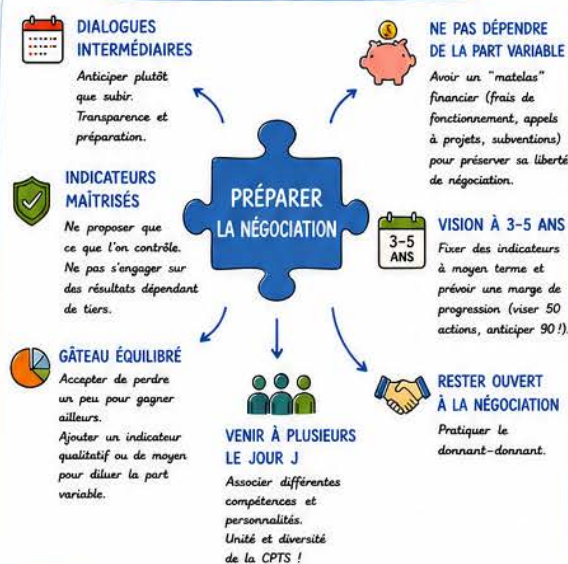


LE JEU D'ACTEURS



Les priorités varient selon les territoires. La CPAM est souvent l'interlocuteur principal, l'ARS joue un rôle de médiation. L'échange tripartite peut faire valoir les intérêts de la CPTS !

LES STRATÉGIES QUI FONCTIONNENT



AUTRES LEVIERS UTILES

- ✓ Changer ou abandonner un indicateur en cours d'année si nécessaire (sortir d'une impasse).
- ✓ Travailler en inter-CPTS départemental : partager les pratiques, s'appuyer sur les URPS.
- ✓ Accepter certains projets institutionnels même s'ils ne sont pas nos priorités (éviter la démotivation des pros).
- ✓ Utiliser le lien comme levier : recevoir la réunion à la CPTS peut changer la dynamique.
- ✓ Définir les rôles avant la réunion selon les personnalités (opposant, conciliant...).
- ✓ Rester ferme ET collaboratif.

LES DÉBATS CLÉS

- Jusqu'où accepter les demandes institutionnelles ?
- Comment défendre les priorités du territoire ?
- Peut-on changer un indicateur en cours de route ?
- Comment parler d'une seule voix entre CPTS ?

CE QUI FAIT UN BON DIALOGUE DE GESTION

- ✗ Tension, rapport de force
- ✗ Objectifs irréalistes
- ✗ Défiance, manque de clarté
- ✓ Accord équilibré
- ✓ Confiance réciproque
- ✓ Objectifs atteignables
- ✓ Reconnaissance des réalités locales



QUESTIONS / RÉPONSES

- Qu'est-ce que le dialogue de gestion ?
Un processus associé aux mots-clés négociation, action, partenariat, bilan et relationnel. Moment de discussion avec les financeurs, centré sur les réalisations et les projets de la CPTS.
- Qui pilote le dialogue de gestion ?
Principalement la CPAM et la CPTS, l'ARS intervient de manière variable. Cela dépend du territoire et de la dynamique locale.
- Qui participe en interne à la CPTS ?
Une équipe mixte associant salariés (coordinateur) et membres du bureau. Préparations souvent validées en Conseil d'Administration. Certaines CPTS ont un groupe de travail dédié (ex : GT-ACI).
- Comment savoir si le dialogue de gestion s'est bien passé ?
Avoir obtenu les négociations souhaitées, un accord équilibré (« gâteau bien partagé »), une ambiance détendue plutôt que tendue... et la tête du coordinateur à la sortie ! Le lien influence aussi le ressenti.
- Faut-il remplir le prévisionnel même s'il n'est pas contrôlé ?
Oui. Le prévisionnel est présenté et validé en Assemblée Générale en même temps que le bilan financier. Les institutions ne consultent pas les documents financiers avant la réunion, mais ils sont ensuite transmis.

PERSPECTIVES

- RESSOURCES ET ACCOMPAGNEMENT**
Solliciter le Réseau d'admission sur son territoire en cas de besoin.
- AMÉLIORATION CONTINUE**
Questionnaire d'évaluation de l'atelier via QR code pour vos avis et idées de futurs ateliers.
- PROCHAINES ÉCHÉANCES**
AG à 17h - Soirée à 19h30 (inscrits) Ateliers le lendemain à 9h.
- SUJET NATIONAL : FONGIBILITÉ**
Sujet porté au niveau national, discuté dans le cadre de la négociation du prochain avenant de l'ACI (2nd semestre 2026).
- STRATÉGIES COMPLÉMENTAIRES**
Certaines CPTS utilisent une comptabilité analytique (répartition en % par action) pour démontrer la cohérence transversale de leurs missions (accès aux soins, prévention, parcours). Un atout même sans fongibilité !



MIEUX PRÉPARER POUR MIEUX NÉGOCIER : LA CONFIANCE SE CONSTRUIT TOUTE L'ANNÉE, PAS SEULEMENT LE JOUR DU DIALOGUE DE GESTION !



B. Stratégies de préparation et de négociation

- 6 **Anticipation et transparence** : Organiser des dialogues intermédiaires très préparés, même s'ils sont chronophages.
- 6 **Prudence** : Ne s'engager que sur des indicateurs maîtrisés par la CPTS et éviter ceux dépendant de tiers (ex. : réduction des passages aux urgences).
- 6 **« Gâteau équilibré »** : Accepter de céder sur certains points pour gagner sur d'autres. Face à un indicateur chiffré imposé, proposer un indicateur qualitatif ou de moyen pour diluer la part variable et limiter le risque financier.
- 6 **Présence collective** : Venir à plusieurs (salariés + élus) pour incarner l'unité et la diversité de la CPTS. Il est recommandé d'être à la fois ferme et collaboratif, tout en anticipant le risque d'individualisme.
- 6 **Unité territoriale** : Travailler en inter-CPTS départemental via Agora Lib' pour présenter un front commun face aux institutions.
- 6 **Indépendance financière** : Disposer d'un « matelas » (parts fixes, appels à projets, subventions) pour négocier avec plus de sérénité et ne pas dépendre excessivement de la part variable.
- 6 **Vision à moyen terme** : Fixer des indicateurs sur 3 à 5 ans avec une marge de progression réaliste (ex. : anticiper 90 participants tout en s'engageant sur 50) pour permettre une augmentation progressive des objectifs.
- 6 **Flexibilité** : Accepter de changer ou d'abandonner un indicateur en cours d'année si nécessaire, ou d'accueillir certains projets institutionnels même s'ils ne sont pas prioritaires en interne (attention au risque de démotiver les professionnels).
- 6 **Levier relationnel** : Recevoir la réunion dans les locaux de la CPTS pour modifier favorablement la dynamique.

C. Postures et rôles des participants

Il est essentiel de **définir les rôles en amont** en fonction des personnalités (opposant, conciliant, etc. L'attitude des interlocuteurs peut varier selon la profession du représentant de la CPTS (médecin, kinésithérapeute, etc.), ce qui doit être anticipé.

Garder un **discours invariant** et assumer de ne pas atteindre certains objectifs renforce la crédibilité : cela oblige les institutions à prendre en compte les réalités territoriales (démographie médicale, etc.).

Questions-réponses essentielles

6 **Comment savoir s'il s'est bien passé ?** Obtention des négociations souhaitées, accord équilibré, ambiance détendue, et ressenti général (y compris « la tête du coordinateur à la sortie »). Le lieu de réunion influence fortement le climat.

Perspectives

Au niveau national, la **fongibilité des enveloppes** reste une revendication forte, qui sera discutée dans le cadre du prochain avenant de l'ACI au second semestre 2026.

En attendant, certaines CPTS développent une **comptabilité analytique** (répartition en pourcentages par action) pour démontrer la cohérence transversale de leurs missions (accès aux soins, prévention, parcours), renforçant ainsi leur positionnement dans les négociations.

Conclusion

Cet atelier a permis de transformer le dialogue de gestion d'un exercice contraint en une **opportunité stratégique**. La réussite repose sur une préparation rigoureuse, une posture à la fois collaborative et ferme, une bonne connaissance des logiques institutionnelles. Les CPTS qui adoptent une vision à moyen terme, travaillent en réseau et maintiennent une forte unité interne sont mieux armées pour obtenir des accords équilibrés tout en préservant leur autonomie et leur capacité d'action au service des professionnels et des patients.

ATELIER 11

ORGANISATION DE BUREAUX ET SALARIÉS :



comment structurer et visualiser la vie associative ?



OBJECTIF DE L'ATELIER
Confronter les retours d'expérience de deux CPTS aux modèles de structuration différents.

CPTS AUNIS NORD (17)

Modèle mature - 5 ans d'existence

31 communes rurales 5 salariés (4 ETP)

LA CONFIANCE COMME MOTEUR

- Équipe salariée autonome et responsabilisée
- Carte bancaire avec plafond de 2 000 € pour le fonctionnement quotidien
- Organisation du travail gérée par l'équipe (réunions, ODJ...)
- Le trésorier assure un contrôle a posteriori
- Le bureau valide plus qu'il ne pilote

DES PROJETS QUI ÉMERGENT DU TERRAIN

- Rencontre annuelle avec ~50 libéraux
- Grande enquête (audit) annuelle envoyée à tous les adhérents
- Le bureau ne pilote pas les projets, il les valide

COMMUNICATION FLUIDE ET RÉACTIVE

- Groupes WhatsApp entre élus et salariés (souvent indisponibles en journée)
- Prise de décision asynchrone et avancement rapide

POINT FORT

⚡ Réactivité et agilité

POINT DE VIGILANCE

⚠ Dépendance aux personnes clés



DEUX VOIES DIFFÉRENTES...
... UN MÊME CAP COMMUN



CPTS PAU BÉARN (64)

Modèle récent - ACI signé en janvier 2026

150 adhérents

LA STRUCTURATION COMME MOTEUR

- Projet Associatif autour de 3 piliers :
 1. Placer le patient au cœur des engagements
 2. Construire des ponts entre professionnels
 3. Vivre la diversité professionnelle
- Postulat : « Savoir d'où on vient »

DES OUTILS POUR AGIR ENSEMBLE

- Plan d'Orientation : 9 horizons pour guider l'action
- Focus : montée en compétences des adhérents
- Valorisation du travail individuel : formations (gestion de projet, animation d'équipe, gestion budgétaire...)

UNE GOUVERNANCE PARTAGÉE ET DILUÉE

- Conseil d'Administration : 28 personnes représentant la quasi-totalité des professions
- 4 commissions autonomes :



- Référents de groupes de travail : le lien essentiel entre gouvernance et adhérents

UN RÔLE CLÉ : LA COORDINATION

- Ancienne soignante et manager
- Lien entre les instances et facilitatrice pour la structuration des commissions
- Compétences apportées : financières et législatives



CE QUI NOURRIT LES DEUX MODÈLES : DES ÉTAPES CLÉS INDISPENSABLES



LES TENSIONS À GÉRER AU QUOTIDIEN



Trouver le bon équilibre, au bon moment, pour faire durer l'élan collectif.

CHIFFRES CLÉS

	AUNIS NORD (17)	PAU BÉARN (64)
Ancienneté	5 ans	ACI signé en janvier 2026
Salariés / ETP	5 (4 ETP)	-
Adhérents	-	150
Gouvernance	Bureau + équipe salariée autonome	CA de 28 personnes + 4 commissions
Territoire	31 communes rurales	-

ENSEIGNEMENT CLÉ DE L'ATELIER

“ La confiance de la gouvernance est le carburant de l'autonomie salariée. ”



PERSPECTIVES ET AMBITIONS PARTAGÉES

1 PÉRENNISER LA GOUVERNANCE ET ASSURER LA CONTINUITÉ

- Consolider le lien de confiance avec l'équipe salariée (Aunis Nord)
- Former une relève de bénévoles et référents pour garantir la transmission (Pau Béarn)



2 MAINTENIR L'ANCRAGE TERRITORIAL EN GRANDISSANT

- Confier, à terme, la représentation institutionnelle aux administrateurs
- Garder des professionnels de santé au cœur des décisions



3 APPROFONDIR LES RETOURS D'EXPÉRIENCE

- Organiser un atelier plus long (1h30) pour élargir les discussions
- Capitaliser et partager nos apprentissages



IL N'EXISTE PAS UNE SEULE BONNE GOUVERNANCE. LES CPTS DURABLES SONT CELLES QUI SAVENT PARTAGER LES RESPONSABILITÉS.



Atelier 11 – Structurer

Organisation de bureaux et salariés ? Comment structurer et visualiser la vie associative ?

Intervenants :

CPTS Aunis Nord (17)

- Philippe GRILLEAU – Vice-président
- Laetitia CHARLES – Coordinatrice
- Nathalie BEULZE – Chargée de mission administrative

CPTS Pau Béarn (64)

- Éric DAVIES – Président
 - Anne LATISNÈRE – Vice-présidente
 - Eva POULMARCH – Coordinatrice
-

Objectif de l'atelier :

Partager les retours d'expérience de deux CPTS à des stades de développement différents afin d'explorer les modes d'organisation permettant de structurer la gouvernance, soutenir la vie associative et assurer la pérennité des projets.

Action ou retour d'expérience présenté

L'atelier a confronté deux modèles de gouvernance construits dans des contextes et des temporalités très différents.

La CPTS Aunis Nord, créée en 2021, a partagé son retour d'expérience sur la structuration progressive d'une équipe salariée aujourd'hui composée de cinq salariés pour quatre ETP. Après une phase de croissance rapide marquée par des difficultés organisationnelles, des départs de salariés et l'absence de locaux adaptés, la CPTS a profondément revu son fonctionnement. L'obtention de locaux dédiés et la construction progressive d'une relation de confiance entre gouvernance et salariés ont permis de renforcer l'autonomie de l'équipe. Aujourd'hui, les salariés disposent d'une large marge de manœuvre dans l'animation des projets, l'organisation du travail et la gestion quotidienne de la CPTS, tandis que le bureau conserve un rôle d'orientation stratégique et de contrôle a posteriori. Les projets émergent directement du terrain grâce à des rencontres régulières avec les professionnels et à une enquête annuelle permettant d'identifier les besoins du territoire.

La CPTS Pau Béarn, dont l'ACI a été signé en janvier 2026, a présenté une approche davantage centrée sur la vie associative. Les fondateurs ont d'abord souhaité définir l'identité et les valeurs de leur CPTS à travers un projet associatif reposant sur trois piliers : placer le patient au cœur des engagements, construire des ponts entre professionnels et valoriser la diversité des métiers. Cette réflexion a conduit à la création d'un Conseil d'Administration de 28 membres représentant l'ensemble des professions conventionnées ainsi qu'à la mise en place de commissions autonomes. Une attention particulière est portée à la montée en compétences des adhérents, des référents de groupes de travail et des futurs responsables afin de préparer la relève et d'assurer la continuité de l'association dans le temps.

Au-delà de leurs différences, les deux CPTS ont montré qu'il n'existe pas de modèle unique. Toutes deux s'appuient sur un même principe : faire émerger les projets à partir des besoins exprimés par les professionnels et créer les conditions d'un engagement durable des adhérents.

3 enseignements majeurs

1. Il n'existe pas de modèle unique de gouvernance

Chaque CPTS construit une organisation adaptée à son histoire, à sa maturité, à son territoire et aux personnes qui la composent.

2. La confiance permet le partage des responsabilités

Qu'il s'agisse des salariés, des commissions ou des référents de projets, la délégation repose sur une relation de confiance construite dans le temps.

3. Préparer la relève est un enjeu stratégique

Former de nouveaux référents, accompagner les bénévoles et transmettre progressivement les responsabilités contribue à la pérennité de la CPTS.

Freins ou points de vigilance

- Risque de concentration des responsabilités sur quelques personnes.
- Difficulté à renouveler les bénévoles et à mobiliser durablement les professionnels.
- Syndrome de l'imposteur pouvant freiner l'engagement dans des fonctions de gouvernance.
- Nécessité de trouver un équilibre entre autonomie salariée et pilotage stratégique.
- Maintenir un lien fort avec le terrain malgré la croissance de la structure.

Débat ou question marquante

Les échanges ont largement porté sur la place respective des salariés et des professionnels de santé dans le pilotage des CPTS.

Plusieurs participants ont interrogé le risque qu'une équipe salariée très autonome puisse progressivement éloigner les professionnels de santé des décisions. Les intervenants ont insisté sur l'importance de maintenir un lien constant avec le terrain afin que les projets répondent à des besoins exprimés par les adhérents et non à des orientations descendantes.

La question de la continuité de l'activité a également suscité de nombreux échanges. Comment préparer l'après-mandat ? Comment transmettre les responsabilités ? Comment éviter qu'une CPTS repose sur quelques personnes indispensables ? Ces interrogations ont fait écho aux préoccupations de nombreuses CPTS présentes dans la salle.

Perspectives

Pérenniser les gouvernances

Former de nouveaux référents, accompagner la montée en compétences des adhérents et préparer les futures générations de responsables associatifs.

Maintenir l'ancrage territorial

Conserver une proximité avec les professionnels de santé malgré la croissance des structures et l'augmentation du nombre de projets.

Renforcer la représentation des professionnels

À terme, favoriser davantage l'implication des administrateurs dans les relations institutionnelles afin de préserver une parole portée par les professionnels de terrain.

Développer les espaces de partage entre CPTS

Poursuivre les échanges de pratiques autour des modèles de gouvernance, de management et d'animation de la vie associative.

Message de l'atelier

Il n'existe pas une bonne gouvernance. Les CPTS durables sont celles qui savent partager les responsabilités.

« Celui qui ne sait pas d'où il vient ne sait pas où il va. »

« Le vent est le même pour tout le monde, c'est l'orientation que l'on donne à la voile qui nous amène à destination. »

STRUCTURER ATELIER 15

CONSTRUIRE UN PARCOURS: du besoin à la solution

Comprendre comment la CPTS construit des parcours coordonnés, adaptés aux besoins des habitants.

UN PARCOURS, C'EST...

- Un accompagnement coordonné
- Pluriprofessionnel et partenarial
- Centré sur la personne
- Continu, fluide et personnalisé
- Entre ville et hôpital

2 LOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

- CPTS porte une vision globale et fluidifie le "trafic"
- MSP davantage réactive face aux événements aigus

CARTOGRAPHIER POUR MIEUX CHOISIR SON ITINÉRAIRE



DES ZONES DE BROUILLARD À TRAVERSER

- Quelle problématique prioriser ?
- Quel public cible ?
- Où s'arrête le rôle de la CPTS ?
- Prévention ou parcours ? Où se situe la frontière ?
- Comment objectiver le besoin pour étayer les choix ?

La construction d'un parcours prend du temps et demande de la méthode, de la patience et de la lucidité.

LA LÉGENDE DU PARCOURS : NOTRE MÉTHODE EN 5 ÉTAPES

1 DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Basé sur les besoins et l'existant

2 IDENTIFIER LES RUPTURES

Comprendre les freins, les manques, les risques

3 MOBILISER LES PARTENAIRES

Constituer un groupe de travail adapté aux enjeux

4 CO-CONSTRUIRE LE PARCOURS

Décliner les étapes, les actions et les rôles de chacun

5 ÉVALUER ET AJUSTER

Prévoir l'évaluation dès le début pour améliorer en continu

4 THÉMATIQUES, UNE MÊME MÉTHODE



GRUPE 1 SANTÉ MENTALE

Repérage et orientation du mal-être

- Objectif : repérer et orienter
- Ressources clés : CMP, équipes mobiles, professionnels en santé mentale, DAC, associations de patients...
- Outils : formations, conventions, fiches réflexes pour orienter rapidement
- Démarche : créer un groupe de travail, conventions, outils collaboratifs



GRUPE 2 PERSONNES ÂGÉES

Prévention et maintien à domicile

- Objectif : favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible
- Actions : prévention, sensibilisation, ateliers, fiches de repérage, recettes enrichies...
- Partenaires mobilisés : DAC, CCAS, EHPAD, HAD, aides à domicile, UNA...
- Point de vigilance : limites du rôle de la CPTS et coordination des acteurs



GRUPE 3 SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Parcours des 1000 premiers jours

- Problématique : de la conception à la 1^{re} année en crèche
- Étapes : former les pros, sensibiliser le grand public, déployer à l'hôpital, impliquer la petite enfance
- Partenaires clés : CPAM, URPS, ARS, associations locales
- Question en cours : prévention ou parcours ? Quel périmètre et quelles actions ?



GRUPE 4 PARCOURS SANTÉ MENTALE

Retour d'expérience avancé (ateliers patients)

- Constat de départ : manque de temps pour l'écoute et l'information, incertitude pour le patient
- Action phare : ateliers d'éducation thérapeutique, psychoéducation (bipolarité)
- Modalités innovantes : ateliers ville-hôpital, 2 formats, cycle de psychoéducation sur 6 mois
- Ressources mobilisées : 3 psychiatres (dont 1 CMP), médecin traitant, CPTS



CONSTRUIRE UN PARCOURS,
C'EST RELIER LES BESOINS, LES ACTEURS ET LES SOLUTIONS
pour garder un cap commun.



Atelier 15 – STRUCTURER

Compte rendu d'atelier – Atelier Collaboratif « La Mission Parcours »

Date : 12 juin 2026

Intervenants :

- Maureen CLERGEAU (chargée d'accompagnement 87 Agoralib)
- Chloé MONDOLFO (chargée d'accompagnement 40 Agoralib)

Objectif de l'atelier :

Cet atelier collaboratif visait à faire émerger et partager les expériences des participants sur la thématique transversale du parcours patient. Il s'appuyait sur une méthode de travail participative afin d'identifier les bonnes pratiques, les difficultés rencontrées et les leviers de coopération entre acteurs.

Introduction collaborative : Définition du «Parcours»

Un nuage de mots interactif a permis aux participants de définir la notion de parcours. Les termes clés ayant émergé sont les suivants :

Pour vous, en 1 ou 2 mots, un parcours c'est : (plusieurs réponses possibles)



Pour les participants, un parcours est un accompagnement coordonné, pluriprofessionnel et centré sur le patient, qui structure son cheminement entre les différents acteurs (ville/hôpital) afin d'assurer continuité, fluidité et personnalisation des soins.

Une distinction claire a été établie entre :

- La **CPTS**, qui porte une vision globale et travaille à la fluidification du « trafic » ;
- La **MSP**, davantage réactive face aux événements aigus.

Méthodologie de construction d'un parcours.

Les animatrices ont présenté une démarche structurée en cinq étapes :

1. Poser un **diagnostic** territorial basé sur les besoins et l'existant.
2. Identifier les **points de rupture** et les problématiques.
3. Construire un **groupe de travail** avec les partenaires identifiés.
4. **Co-crée** le parcours et le décliner par étapes.
5. **Prévoir l'évaluation** dès le début du projet pour une amélioration continue.

Les participants ont souligné la difficulté d'objectiver les points de rupture, souvent issus de ressentis. Les solutions proposées incluent :

- La convergence d'observations de plusieurs acteurs ;
- L'utilisation de la mobilisation professionnelle comme levier ;
- La réalisation d'une phase pilote (sur fonds fixes) avant de négocier des financements variables ;
- Le recours à des **questionnaires** patients ou professionnels pour étayer les constats avec des données chiffrées.

Travaux en groupes sur les thématiques de parcours

Quatre groupes ont travaillé sur des thématiques spécifiques pour partager leurs réalisations et méthodologies.

Groupe 1 : Santé mentale

🔵 **Problématique retenue** : Le repérage et l'orientation du mal-être.

🔵 **Constat clé** : La pertinence du parcours nécessite de définir des publics **cibles** spécifiques (personnes en précarité, personnes âgées, mineurs, personnes en situation de handicap).

🔵 **Ressources identifiées** : Centres Médico-Psychologiques (CMP), équipes mobiles psychiatrie-précarité, professionnels et non-professionnels formés en santé mentale, acteurs du social, Éducation nationale, Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), associations de patients (ex. : Ligue contre le cancer).

🔵 **Modalités de coopération** : Un processus progressif a été envisagé :

1. Création d'un **groupe de travail** pour proposer des formations et des outils collaboratifs.

2. Mise en place de **conventions de partenariat**.

3. Élaboration de **fiches réflexes et procédures** pour guider l'orientation immédiate (ex. : «Je suis pharmacien, j'ai tel problème, j'appelle X»).

Groupe 2 : Personnes âgées

🔵 **Objectif principal** : Favoriser le **maintien à domicile** le plus longtemps possible pour des publics très âgés (80-90 ans et plus).

🔵 **Problématique pivot** : Comment transformer des actions de prévention en un véritable **parcours coordonné**.

🔵 **Actions menées (exemple concret)** :

- Trois thématiques de prévention ont été identifiées : alimentation, lutte contre l'isolement et prévention des chutes.
- Focalisation sur la dénutrition sur une année.
- Organisation d'une conférence de sensibilisation pour les professionnels.
- Mise en place de propositions de plats enrichis avec dégustation, création de 40 fiches recettes enrichies et distribution de fiches de repérage de la dénutrition.
- Programmation d'une série de 4 ateliers de prévention animés par des diététiciens sur le territoire.

🔵 **Ressources partenariales très larges** : DAC, Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), ARS, Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), Hospitalisation À Domicile (HAD), services d'aide à domicile (ex. : UNA).

🔵 **Point de vigilance** : La question de la **limite du rôle de la CPTS** a été posée, notamment sur l'orientation vers les ateliers (rôle du PCS/UNA) et le suivi des patients sans manipuler de données de santé directes. Le risque de se perdre dans un « gouffre » de partenaires a été souligné.

Groupe 3 : Santé environnementale

🔵 **Problématique** : Méconnaissance de la notion par les habitants et les élus (« la tête dans le sable »). Cette thématique a questionné pour savoir si elle s'intégrait à la mission prévention ou à la mission parcours.

🔵 **Parcours type proposé** : «**Le parcours des 1000 premiers jours**», de l'idée de conception d'un enfant jusqu'à la première année en crèche.

🔵 **Stratégie en étapes** :

1. **Formation des professionnels de premier recours** (médecins, sages-femmes, gynécologues) sur les perturbateurs endocriniens et le désir de grossesse.
2. **Sensibilisation du grand public** via des affichages en mairie et des ateliers de préparation à la naissance (« chambres vertes »).
3. Déploiement en milieu hospitalier (maternités) et cliniques.
4. Extension aux professionnels de la petite enfance (crèches, PMI) pour sensibiliser aux perturbateurs endocriniens.

🔵 **Partenaires clés** : CPAM, URPS pharmaciens et médecins, ARS, associations locales de santé environnementale.

Groupe 4 : Parcours santé mentale (Retour d'expérience avancé)

🔹 **Constat de départ** : Manque de temps des médecins et psychiatres pour de l'écoute et de l'information sur des pathologies comme la dépression, le stress au travail ou la bipolarité. Incertitude sur le devenir du patient une fois orienté.

🔹 **Action phare** : Mise en place d'un **parcours d'ateliers patients**, avec un système de porte d'entrée unique via des affiches dans les cabinets de médecins généralistes et de psychiatres. Le patient contacte directement **la CPTS pour s'inscrire** à un atelier (environ **12 personnes**).

🔹 **Modalités de coopération innovantes** :

- Les ateliers sont **co-animés ville-hôpital**. Un binôme assure l'animation : un psychiatre libéral et un psychiatre d'un CMP.

- Deux formats sont proposés : **Ateliers informatifs** : séances uniques pour gérer le stress ou traverser une dépression. / **Cycle de psychoéducation** pour la bipolarité : un suivi de **6 ateliers sur 6 mois** avec le même psychiatre pour suivre l'évolution du patient.

🔹 **Ressources mobilisées** : Trois psychiatres (dont une en CMP), médecin traitant, CPTS.

Perspectives

🔹 Les participants sont invités à approfondir leurs échanges sur les différents parcours, notamment la question des publics cibles et de l'articulation entre prévention et soins curatifs.

🔹 Une piste de réflexion majeure est de s'interroger sur l'utilisation d'outils numériques, comme « **Mon Espace Santé** », comme vecteur de partage d'information entre professionnels pour assurer le suivi des actions menées au sein des parcours.

🔹 L'importance d'identifier la juste place de la CPTS dans une coordination multi-partenariale a été identifiée comme un axe de travail prioritaire pour éviter redondances et concurrences.

🔹 Afin d'alimenter la future négociation du dialogue de gestion avec l'Assurance Maladie (CPAM), les participants sont encouragés à s'appuyer sur des données objectives (questionnaires, cohortes) pour justifier les projets issus des remontées subjectives du terrain.



03

Agir

- Table ronde – Coopérer pour répondre aux besoins des territoires : Quelle coopération entre les CPTS et les collectivités ? p.47
- Atelier 2 – Ville – hôpital, mettre en place des RCP entre la ville et l'hôpital p.51
- Atelier 3 – Aller-vers : comment toucher les publics les plus éloignés du système ? p.55
- Atelier 7 – Handicap : penser l'inclusion dans les missions de la CPTS p.58
- Atelier 9 – Ville-hôpital : aller plus loin dans les liens, exemple concret avec le CH d'Arcachon p.61
- Atelier 12 – Santé environnementale : agir localement du constat à l'action p.64
- Atelier 13 – Santé des femmes : actions d'aller vers à destination des populations vulnérables p.67
- Atelier 14 – Prendre soin des soignants : rôle et moyens de la CPTS p.70

PLÉNIÈRE 3

Mutualiser les ressources d'un territoire

PERMET DE CONSTRUIRE DES RÉPONSES NOUVELLES AUX BESOINS DE SANTÉ



COLLECTIVITÉS

Compétences territoriales et vision transversale
Équipements et infrastructures
Connaissance du territoire
Ingénierie et logistique



CPTS

Connaissance des besoins de santé
Coordination
Animation territoriale
Mobilisation des professionnels



PARTENAIRES

Expertises et savoir-faire
Appuis techniques et méthodologiques
Réseaux et acteurs de proximité

En reliant nos ressources, nous créons de nouvelles possibilités



MÉDICOBUS

Aller vers les habitants pour faciliter l'accès aux soins



GESTION DES CRISES

Anticiper et organiser la continuité des soins en situation de crise



MOBILITÉ DES PATIENTS

Faciliter les déplacements vers les soins pour les personnes qui en ont besoin

ENSEIGNEMENTS



Les collectivités disposent de ressources utiles à la santé, même lorsqu'elles n'ont pas une vocation sanitaire.



La mutualisation permet de transformer des moyens existants en solutions concrètes pour les habitants.



Les projets les plus innovants naissent souvent à l'intersection de compétences différentes.

Mutualiser, c'est avancer plus loin, plus longtemps et avec plus d'impact sur le territoire.



Table ronde 3 - AGIR

Coopérer pour répondre aux besoins des territoires : quelles coopérations entre CPTS et collectivités ?

Intervenants :

- 6 **Yari MONCLIN** – Directrice de la CPTS Haute-Gironde (33)
- 6 **Marine MAILLET** – Coordinatrice de mission, CPTS Haute-Gironde (33)
- 6 **Marjolaine BENARD** – Chargée de mission, CPTS Aunis Nord (17)
- 6 **Cécile ESCARMANT** – Coordinatrice de la CPTS Viteval (24)
- 6 **Florian CHANTEGREIL** – Élu en charge des mobilités et déplacements, Communauté d'Agglomération du Grand Périgueux
- 6 **Joannès BOULLAGUET** – Directeur général d'Épic Périmouv'

Objectif de la table ronde :

Illustrer, à travers plusieurs retours d'expérience, comment les coopérations entre CPTS, collectivités territoriales et autres acteurs locaux permettent d'apporter des réponses concrètes à des problématiques de santé publique : accès aux soins, mobilité, gestion des crises sanitaires ou coordination médico-sociale.

Actions ou retours d'expérience présentés

Le Médicobus – CPTS Haute-Gironde

Face à la raréfaction de l'offre médicale et au nombre croissant de patients sans médecin traitant, la CPTS Haute-Gironde a développé un cabinet médical mobile en partenariat avec le Département de la Gironde et une maison de santé pluriprofessionnelle multisites.

Le dispositif s'appuie sur un bus médicalisé circulant une journée par semaine sur plusieurs communes rurales. Quatre médecins généralistes retraités assurent les consultations, accompagnés d'une secrétaire médicale. Initialement réservé aux personnes âgées ou en affection longue durée sans médecin traitant, le dispositif a progressivement été ouvert à l'ensemble des patients sans médecin traitant afin de mieux répondre aux besoins du territoire.

L'action a permis de renforcer l'accès aux soins tout en développant de nouvelles coopérations avec les acteurs médico-sociaux, notamment le CLIC, afin de proposer une approche globale des situations rencontrées.

Gestion des crises sanitaires – CPTS Aunis Nord

La CPTS Aunis Nord a présenté son travail de coopération avec les communes, intercommunalités, établissements sanitaires et médico-sociaux autour de la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles.

Un comité de pilotage réunissant l'ensemble des partenaires du territoire se réunit régulièrement afin d'anticiper les conséquences d'événements majeurs tels que les submersions marines ou les inondations.

Le partenariat avec Numérisk a permis de développer une plateforme cartographique partagée recensant les ressources mobilisables en cas de crise : lieux d'hébergement, matériels, établissements, professionnels de santé ou itinéraires de secours.

Au-delà de l'outil, la démarche a permis aux différents acteurs de mieux se connaître, de clarifier leurs rôles respectifs et de tester collectivement leurs procédures lors d'exercices grandeur nature.

Mobilité des patients – CPTS Viteval

Sur un territoire rural de 39 communes particulièrement touché par les difficultés de déplacement, la CPTS Viteval a construit avec le Grand Périgueux et Épic Périmouv' un dispositif innovant de transport vers les soins.

Le projet repose sur la mise à disposition d'un véhicule électrique en autopartage associé à un chauffeur dédié recruté par la CPTS. Le service s'adresse aux patients ne bénéficiant pas d'une prise en charge du transport sanitaire et ne disposant pas d'aidants pour les accompagner.

En seulement quelques mois, le dispositif a permis d'assurer environ vingt-cinq transports mensuels pour des rendez-vous de kinésithérapie, d'ophtalmologie, de dentisterie ou d'examen complémentaires. Face à son succès, un second véhicule est déjà en cours de déploiement.

3 enseignements majeurs

1. Les collectivités sont des partenaires stratégiques des CPTS

Les projets présentés montrent que de nombreuses solutions existent déjà sur les territoires. La coopération permet de s'appuyer sur des ressources existantes plutôt que de créer de nouveaux dispositifs ex nihilo.

2. Les réponses les plus efficaces sont construites à partir des réalités locales

Qu'il s'agisse de mobilité, d'accès aux soins ou de gestion de crise, les solutions développées sont directement issues de problématiques identifiées sur le terrain et adaptées aux spécificités de chaque territoire.

3. La coopération crée de nouvelles opportunités

Les projets présentés ont souvent généré des effets secondaires positifs : nouveaux partenariats, meilleure connaissance mutuelle des acteurs, développement d'actions complémentaires ou émergence de nouveaux projets.

Freins ou points de vigilance

- Difficultés de communication lors du lancement des projets.
 - Complexité administrative et réglementaire de certains dispositifs.
 - Nécessité de clarifier les rôles et responsabilités de chaque partenaire.
 - Accès limité à certaines données utiles pour la coordination.
 - Mobilisation des acteurs dans la durée.
 - Importance d'entretenir la confiance entre partenaires institutionnels et professionnels de santé.
-

Débat ou question marquante

Les échanges ont mis en évidence l'importance de la coopération intersectorielle pour répondre à des problématiques dépassant le seul champ sanitaire.

Les participants ont notamment questionné les modalités de partage des données, la participation des CPTS aux exercices de gestion de crise, la mobilisation des professionnels de santé autour des projets et les conditions nécessaires pour pérenniser ces coopérations dans le temps.

Les discussions ont également souligné que les CPTS jouent de plus en plus un rôle d'interface entre les collectivités, les établissements de santé, les acteurs sociaux et les professionnels libéraux.

Perspectives

Renforcer les coopérations existantes

Les trois projets présentés poursuivent leur développement avec l'intégration de nouveaux partenaires et l'élargissement progressif de leurs actions.

Développer le partage d'informations

La structuration d'outils communs et de plateformes partagées apparaît comme un levier majeur pour améliorer la coordination entre acteurs.

Consolider les réponses aux enjeux territoriaux

Les perspectives portent notamment sur l'élargissement de l'offre de mobilité, l'intégration de nouveaux scénarios de gestion de crise et l'évolution du Médicobus pour répondre durablement aux besoins de la population.

Favoriser l'interconnaissance

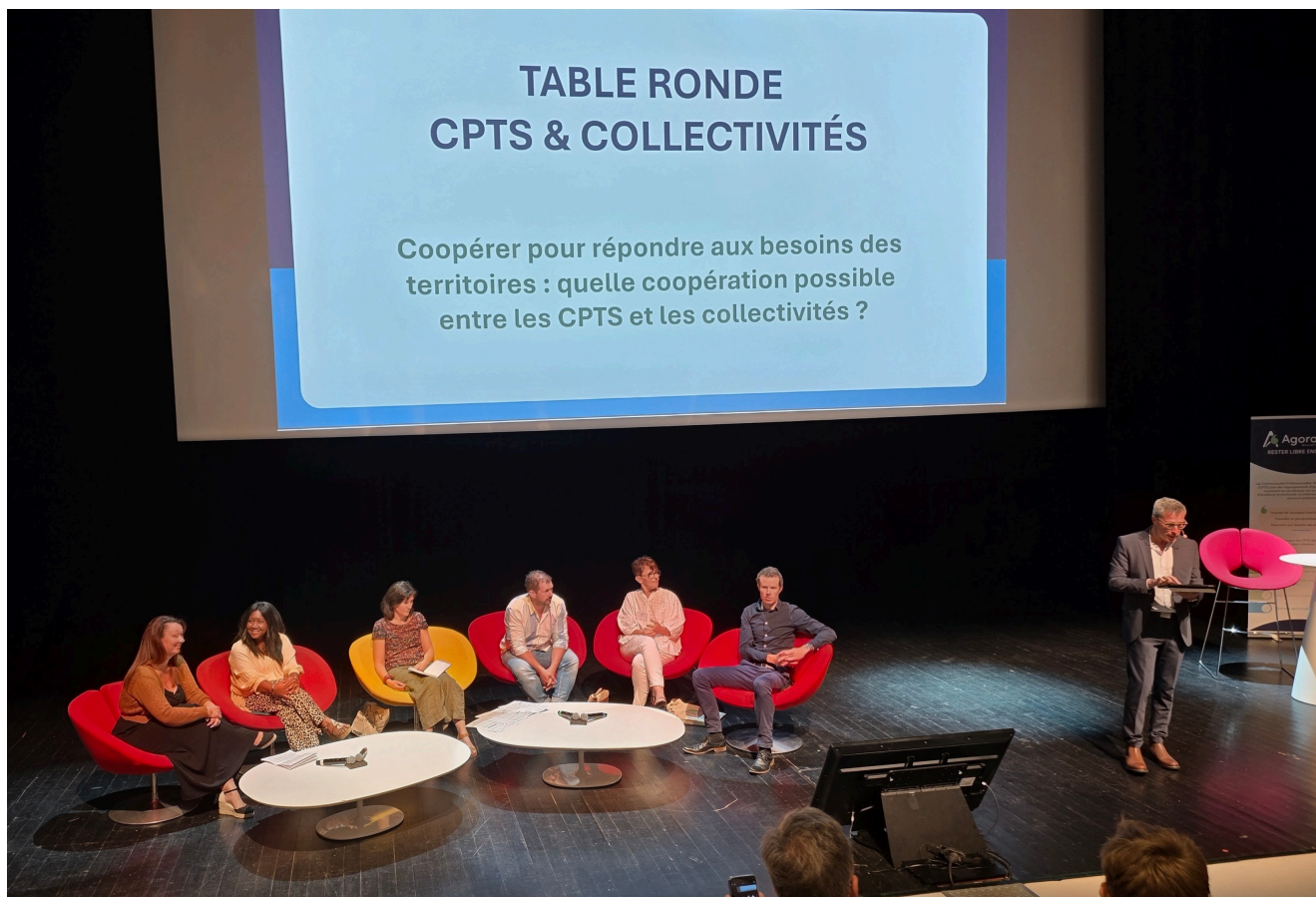
L'ensemble des intervenants a souligné que la qualité des relations entre partenaires constitue une condition essentielle à la réussite des projets territoriaux.

Message de la table ronde

Les coopérations entre CPTS et collectivités permettent de transformer des problématiques territoriales complexes en solutions concrètes, adaptées aux réalités locales.

« Il a fallu beaucoup de patience, d'humilité et d'adaptabilité pour construire ce projet ensemble. »

« Se connaître, c'est déjà un grand pas pour agir ensemble en situation de crise. »



ATELIER 2



DYNAMIQUE DES CPTS : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA MISE EN PLACE D'UNE RCP VILLE-HÔPITAL SUR LA DOULEUR CHRONIQUE COMPLEXE



CPTS Ouest Gironde (CPTSO-CDO)

POURQUOI UNE RCP VILLE-HÔPITAL ?



Parcours de soins morcelé et complexe

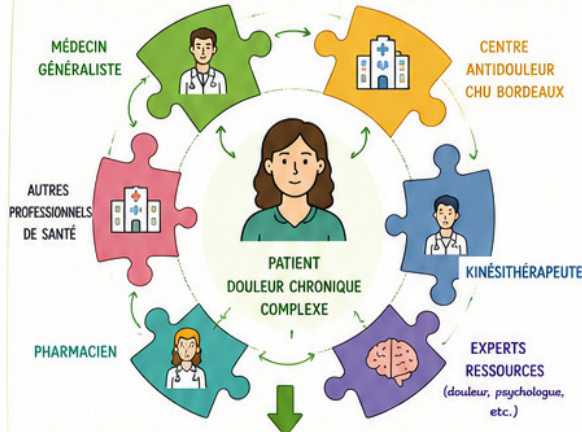


Sentiment d'isolement des professionnels libéraux



Créer un espace collectif pour mieux comprendre, échanger et décider ensemble

L'INTELLIGENCE COLLECTIVE AU SERVICE DU PATIENT



UNE RCP PLURIPROFESSIONNELLE POUR DÉBLOQUER LES SITUATIONS COMPLEXES

LE DOUBLE REGARD QUI CHANGE TOUT



LE PATIENT

Questionnaire 4 pages
Questions ouvertes sur sa douleur, son vécu, ses attentes



LE REQUÉRANT (SOIGNANT)

Sa difficulté, son impasse thérapeutique

Une compréhension enrichie pour des solutions adaptées et réalisées

LA CPTS, COLONNE VERTÉBRALE DU PROJET



Cadre territorial crédible pour inviter les correspondants



Outils numériques (Plexus) : communication, partage sécurisé, doodles



Force collective et mobilisation des professionnels

1 CONSTRUCTION DE LA RCP

COMMENT ÇA A COMMENCÉ ?

- Constitution d'un groupe de travail face aux difficultés partagées
- Méthode des 6 chapeaux de Bono pour structurer les débats et trouver des solutions

LES 6 CHAPEAUX DE BONO



PARTENAIRE CLÉ



Centre Antidouleur du CHU de Bordeaux (soutien du Pr. Thierry Baidéz)

Caution universitaire et appui logistique

2 DÉROULEMENT D'UNE RCP



SÉLECTION DES CAS

Tous les cas complexes sont acceptés. Le patient doit être suivi par un professionnel de la CPTS.



ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES

Réunie à partir des correspondants du patient et d'experts ressources. Objectif : rassembler les personnes qui connaissent le patient.



ORGANISATION

- 3 organisateurs par RCP
- 2h de préparation (appels, organisation)
- 2h de post-RCP (compte-rendu)
- Point de tension : encore beaucoup de téléphone et de SMS



FORMAT

- 2h en soirée
- Présentiel avec visio possible
- 1 cas par réunion (1h30 à 2h)



ANIMATION

- Table ronde sans jugement
- Moderateur pour réguler la parole
- 45 min à 1h de discussion par cas
- Compte-rendu diffusé à tous

3 PERTINENCE ET IMPACT

THÈSE 1 - RETOUR DES SOIGNANTS (ÉTUDE QUALITATIVE)



- Dynamique de groupe très appréciée (pluriprofessionnelle et transversale) 12 soignants interrogés
- Formation continue concrète à partir d'un cas pratique
- Innovation : le requérant peut choisir ses experts « C'est génial ! »
- Ancrage territorial et coordination ville-hôpital facilitée (« du donnant-gagnant »)

THÈSE 2 - DEVENIR DES PATIENTS (ÉTUDE QUANTITATIVE)



Amélioration de la douleur si la RCP est réalisée moins de 2 ans après le début des symptômes 17 patients sur 26 ont répondu



Amélioration de la qualité de vie (déplacements, activité professionnelle, tâches quotidiennes...)



65% des patients ont réalisé plus de la moitié des préconisations (contre 40 % en moyenne en population générale)



5 Nombre moyen de préconisations par cas

La RCP ne remplace pas un centre antidouleur, elle apporte des solutions concrètes et pratico-pratiques grâce à l'intelligence collective.



QUESTIONS - RÉPONSES

RÉMUNÉRATION

Les généralistes sont indemnisés uniquement s'ils sont adhérents à la CPTS. Les médecins extérieurs ne le sont pas, ce qui incite à l'adhésion.



RÔLE DE LA COORDINATRICE DE CPTS

Facilitation logistique, mais le projet est autonome et porté par l'équipe de professionnels de santé.



FINANCEMENT

Financé via les missions de la CPTS (axe « qualité et pertinence des soins »), mais l'acte n'est pas revalorisé par la Sécurité Sociale.



INCLUSION DU PATIENT

Le patient n'est jamais présent lors de la discussion en RCP (éviter un effet « tribunal »).



SUIVI

La RCP est strictement consultative. C'est le médecin requérant ou traitant qui met en œuvre les préconisations.

DES CITATIONS QUI ILLUSTRENT LA DYNAMIQUE

« Le requérant peut choisir ses experts. C'est génial. »



« La RCP ne remplace pas un centre antidouleur ; elle apporte des solutions concrètes grâce à l'intelligence collective. »



PERSPECTIVES

ESSAIMAGE THÉMATIQUE

Une RCP Santé Mentale a déjà émergé au sein de la même CPTS, toujours en lien avec l'hôpital. Modèle reproductible !



COMMUNICATION

Mettre en avant ce dispositif pour encourager les professionnels à y recourir plus précocement. La précocité = un impact majeur !



RECUEIL DE DONNÉES

Questionnaire aux participants pour identifier les freins sur leurs territoires et alimenter les méthodes d'accompagnement régionales.



OBJECTIF

Développer une démarche partagée, efficace et reproductible au service des patients et des professionnels.

FACE AUX SITUATIONS COMPLEXES,
LA MEILLEURE RÉPONSE N'EST PAS DE CHERCHER L'EXPERT IDÉAL,
MAIS DE RÉUNIR LES BONNES PERSONNES AUTOUR DE LA MÊME TABLE.



Atelier 2 - AGIR

Compte rendu – Dynamique des CPTS : Retour d'expérience sur la mise en place d'une RCP Ville-Hôpital sur la douleur chronique complexe

Date : 11 juin 2026, 11h25

Intervenants principaux :

- 🍷 **Dr Monika NGUON** - Médecin vasculaire, Team RCP de la CPTS Ouest Gironde
- 🍷 **Sophie CLÉMENT-GUERIN** - Médecin généraliste
- 🍷 **Célia SAINT-LAURENT** - Thésarde sur le devenir des patients
- 🍷 **Claire LABORDE** - Kinésithérapeute, Team d'organisation de la RCP

Objectif de l'atelier

Partager l'expérience de la CPTS Ouest Gironde dans la **construction et l'animation d'une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) Ville-Hôpital** dédiée à la **douleur chronique complexe**. L'atelier s'est articulé autour de trois axes majeurs :

1. La **construction du projet**
2. Le **déroulement d'une séance**
3. L'**évaluation de la pertinence et de l'impact** du dispositif

1. Construction de la RCP

Genèse du projet

- 🍷 **Contexte** : Mission pluridisciplinaire de la CPTS face à un **parcours de soins morcelé et complexe**, avec un sentiment d'**isolement des professionnels libéraux**.
- 🍷 **Solution** : Constitution d'un **groupe de travail dédié** pour répondre à ces défis.

Méthodologie

- 🍷 **Intelligence collective** : Utilisation de la méthode des « **6 chapeaux de Bono** » (chapeaux de couleurs symbolisant les faits, émotions, bénéfiques, créativité, etc.) pour structurer les débats et éviter les discussions stériles.
- 🍷 **Résultat** : Émergence de la **RCP comme solution consensuelle** aux difficultés partagées.

Lien Ville-Hôpital

- 🍷 **Partenaire clé** : Collaboration avec le **Centre Antidouleur du CHU de Bordeaux** (soutien du Pr. Thierry Baïdez), apportant une **caution universitaire et un appui logistique**.

Outils originaux

- 🍷 **Deux questionnaires spécifiques** :
 - **Pour le patient** : 4 pages, questions ouvertes sur sa douleur.
 - **Pour le requérant (soignant)** : Formulation de sa difficulté et de son impasse thérapeutique.
- 🍷 **Facteur clé de succès** : Ce **double regard** (patient + soignant) enrichit la compréhension des cas.

Rôle de la CPTS

- 🍷 **Colonne vertébrale du projet** :
 - Cadre territorial crédible pour inviter les correspondants (« appeler au nom de la CPTS »).
 - **Outils numériques** : Utilisation de **Plexus** pour la communication, le partage sécurisé de documents et la gestion des doodles.
 - **Force collective** : Mobilisation des professionnels de santé.

2. Déroulement d'une RCP

Sélection des cas

- ✔ **Critères** : Tous les cas de **patients complexes** sont acceptés (pas d'exclusion).
- ✔ **Condition** : Le patient doit être soigné par un **professionnel de la CPTS**.

Équipe de soins primaires

- ✔ **Composition** : Basée sur les **correspondants directs du patient**, identifiés via les questionnaires.
- ✔ **Objectif** : Réunir « **les gens qui connaissent le patient** » et des **experts ressources**.

Organisation

- ✔ **Charge de travail** :
 - **3 organisateurs par RCP** nécessaires.
 - **Temps estimé** : 2 heures de préparation (appels multiples, fixation de la date) + 2 heures de post-RCP (rédaction du compte-rendu).
 - **Point de tension** : Usage encore massif **du téléphone et des SMS**, malgré la volonté d'utiliser la messagerie sécurisée.

Format

- ✔ **Durée** : 2 heures en soirée.
- ✔ **Modalités** : Présentiel avec possibilité de **visioconférence** pour les experts.
- ✔ **Nombre de cas** : **1 cas par réunion** pour garantir la qualité des échanges et la logistique (durée totale : 1h30-2h).

Animation

- ✔ **Format** : Table ronde **sans jugement**, limitée à **45 minutes - 1 heure de discussion par cas**.
 - ✔ **Rôle du modérateur** : Désigné pour éviter la dispersion de la parole et assurer la synthèse.
 - ✔ **Compte-rendu** : Diffusé à tous les participants après la réunion.
-

3. Pertinence et Impact

Évaluation par deux thèses de médecine

Thèse 1 – Retour des soignants (étude qualitative)

- ✔ **Méthode** : **12 soignants interrogés**.
- ✔ **Résultats** :
 - **Dynamique de groupe** très appréciée (pluriprofessionnelle et transversale).
 - **Formation continue concrète** à partir d'un cas pratique.
 - **Innovation** : Le requérant peut **choisir ses experts** (« C'est génial »).
 - **Ancrage territorial** et **coordination ville-hôpital facilitée** (« du donnant-gagnant »).

Thèse 2 – Devenir des patients (étude quantitative)

- ✔ **Méthode** : 17 patients sur 26 ont répondu.
- ✔ **Résultats significatifs** :
 - **Amélioration de la douleur** si la RCP est réalisée **moins de 2 ans après le début des symptômes**.
 - **Amélioration de la qualité de vie** sur des items spécifiques : déplacements, activité professionnelle, tâches quotidiennes.
 - **Observance exceptionnelle** : 65 % des patients ont réalisé **plus de la moitié des préconisations** (contre 40 % en moyenne en population générale).
 - **Nombre moyen de préconisations** : 5 par cas.
 - **Non-substitution** : La RCP **ne remplace pas un centre antidouleur**, mais apporte des **solutions concrètes et pratico-pratiques** grâce à l'intelligence collective.

Animation

- ✔ **Format** : Table ronde **sans jugement**, limitée à **45 minutes - 1 heure de discussion par cas**.
- ✔ **Rôle du modérateur** : Désigné pour éviter la dispersion de la parole et assurer la synthèse.
- ✔ **Compte-rendu** : Diffusé à tous les participants après la réunion.

Questions et Réponses

Thème	Réponse
Rémunération	Les généralistes sont indemnisés uniquement s'ils sont adhérents à la CPTS . Les médecins extérieurs ne le sont pas, ce qui incite à l'adhésion.
Rôle de la coordinatrice de CPTS	Facilitation logistique , mais le projet est autonome et porté par l'équipe de professionnels de santé.
Financement	Financé via les missions de la CPTS (axe « qualité et pertinence des soins »), mais l'acte n'est pas revalorisé par la Sécurité Sociale .
Inclusion du patient	Le patient n'est jamais présent lors de la discussion en RCP (éviter un effet « tribunal »).
Suivi	La RCP est strictement consultative . C'est le médecin requérant ou traitant qui met en œuvre les préconisations.

Perspectives

🍷 **Essaimage thématique** : Une **RCP Santé Mentale** a déjà émergé au sein de la même CPTS, toujours en lien avec l'hôpital, confirmant la **reproductibilité du modèle**.

🍷 **Communication** : Mettre en avant ce dispositif pour inciter les professionnels à y recourir **plus précocement**, **l'étude ayant démontré un impact majeur de la précocité sur l'efficacité**.

🍷 **Recueil de données** : Demande aux participants de remplir un questionnaire pour identifier les **freins sur leurs territoires respectifs**, afin d'alimenter la réflexion d'**Agora Lib'** pour développer des **méthodes d'accompagnement régionales**.

Synthèse des points clés

- 🍷 **Innovation** : Méthode des 6 chapeaux de Bono + double regard patient/soignant.
- 🍷 **Impact** : Amélioration de la douleur et de la qualité de vie, observance exceptionnelle.
- 🍷 **Reproductibilité** : Modèle déjà étendu à la santé mentale.
- 🍷 **Financement** : Porté par les missions de la CPTS, mais besoin de valorisation de l'acte.
- 🍷 **Perspective** : Communication et essaimage pour une adoption plus large.



ATELIER 3



EN ROUTE VERS LA SANTÉ

Une démarche d'aller-vers
les publics en situation de précarité



CPTS Hego Lapurdi (Pays basque)

UN PROJET NÉ D'UNE OPPORTUNITÉ DE TERRAIN



À l'initiative d'un médecin libéral souhaitant former des personnes en grande précarité aux gestes qui sauvent.



Une concertation avec les acteurs du territoire a permis d'élargir l'idée à une démarche globale d'aller-vers : prévention, dépistage, accès aux droits et orientation vers le soin.



Une action pour les publics en précarité visible et pour ceux plus discrètement éloignés du système de santé.

ALLER VERS EUX, JUSQU'AU DERNIER PAS, POUR QU'EUX N'AIENT PAS À FAIRE LE PREMIER.

1 LES RENCONTRER
dans leurs lieux de vie et de passage



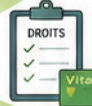
2 CRÉER LE LIEN
par un temps convivial et des échanges informels



3 ÉTABLIR LA CONFIANCE
grâce à la répétition des actions et à la présence régulière



4 FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS
vérification et ouverture de droits avec la CPAM et accompagnement



5 FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS
orientation vers les professionnels et les structures adaptées



6 AGIR POUR LA PRÉVENTION
et la promotion de la santé



7 VERS PLUS D'AUTONOMIE
retrouver confiance, prendre soin de soi, être acteur de sa santé



UNE DÉMARCHE COLLECTIVE AUTOUR DE LA CPTS



Les relais de confiance sont les premiers acteurs de l'aller-vers.

DES ACTIONS AU PLUS PRÈS DES PUBLICS

Dans les Points Accueil Jour et lors des distributions alimentaires.



DÉPISTAGES BUCCO-DENTAIRES



BILANS DERMATOLOGIQUES



SOINS DE PÉDICURIE



SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE



ATELIERS SANTÉ ENVIRONNEMENTALE



GESTES QUI SAUVENT



OUVERTURE ET VÉRIFICATION DES DROITS (CPAM)



Un temps convivial autour d'un repas simple préparé par la CPTS : un moment clé pour créer la confiance et favoriser les échanges.

TROIS ENSEIGNEMENTS MAJEURS

1 LA CONFIANCE CONSTITUE LE VÉRITABLE PRÉALABLE À L'ACCÈS AUX SOINS

La confiance se construit dans la durée, grâce aux échanges et à la présence régulière. Les besoins n'apparaissent qu'après plusieurs rencontres.

“ Les personnes ne repartent pas forcément avec un soin, mais elles repartent avec un lien. ”

2 LES PROFESSIONNELS DU SOCIAL ET LES BÉNÉVOLES SONT DES ACTEURS INCONTOURNABLES

Ils présentent les actions, rassurent les personnes et favorisent leur participation. Ils bénéficient eux-mêmes des actions de prévention et sont souvent éloignés du système de soins.

3 L'ALLER-VERS TRANSFORME AUSSI LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Cette expérience fait évoluer les représentations, renforce l'engagement et redonne du sens à leur pratique.

DES FREINS À PRENDRE EN COMPTE

- Appréhensions initiales des professionnels de santé
- Tensions institutionnelles autour du partage des publics avec la PASS
- Difficulté à aborder certains sujets (ex. : vaccination)
- Barrières linguistiques
- Question juridique de l'exercice forain



Tout professionnel réalisant un soin hors de son lieu habituel doit disposer d'une autorisation d'exercice forain. Chaque professionnel doit effectuer cette démarche individuellement et la CPTS veille à la conformité administrative des actions.

PERSPECTIVES

- ✓ Poursuivre les interventions (2 passages par an dans chaque structure)
- ✓ Développer de nouvelles actions : dépistage des cancers, prévention gynécologique
- ✓ Consolider les partenariats avec les associations sociales et les structures du territoire
- ✓ Travailler en réseau transfrontalier avec les acteurs espagnols pour améliorer le suivi des publics mobiles



LES POINTS QUI ONT LE PLUS FAIT RÉAGIR



La question de l'exercice forain et de la responsabilité juridique des CPTS.



Le suivi des personnes après les actions d'aller-vers.



Les problématiques de publics sans papiers et les difficultés liées à la barrière de la langue.

QUELQUES CITATIONS...

“ La première action qu'on a faite, on sortait d'une réunion avec la CPAM et l'ARS, j'étais dépitée, je me suis dit : "Je vais démissionner". Et le soir, on avait la réunion avec les bénévoles. Je me suis dit : "Finalement, je ne vais pas démissionner". Ce sont vraiment des actions qui ont du sens. ”



“ Je n'ai jamais vu autant de monde que pendant mes permanences habituelles où, finalement, il n'y a personne qui vient. ”



ALLER VERS LES PUBLICS,
CE N'EST PAS DÉPLACER UNE OFFRE DE SOINS ;
C'EST CRÉER LES CONDITIONS DE LA RENCONTRE.



« En route vers la santé » Une démarche d'aller-vers les publics en situation de précarité

Date : 11 juin 2026, 11h25

Intervenants :

🍷 Sophie ANE – Coordinatrice CPTS Hego Lapurdi

🍷 Denise SAINT LAN – CPTS Hego Lapurdi

Objectif de l'atelier :

Aller directement à la rencontre des personnes éloignées du système de santé tout en mobilisant les professionnels libéraux autour d'actions de prévention, d'accès aux droits et d'accès aux soins.

Retour d'expérience

Le projet « En route vers la santé » n'était pas inscrit au projet de santé initial de la CPTS. Il est né suite à une opportunité de terrain : la proposition de former des personnes en situation de grande précarité aux gestes qui sauvent.

Une réunion de concertation avec les acteurs du territoire a rapidement permis d'élargir cette idée à une démarche plus globale d'aller-vers, intégrant prévention, dépistage, accès aux droits et orientation vers le soin.

La CPTS s'appuie sur un réseau large de professionnels de santé, d'acteurs sociaux, d'associations caritatives et de structures d'accès aux droits.

Des actions au plus près du public sont menées dans les Points Accueil Jour et lors des distributions alimentaires :

- 🍷 des dépistages bucco-dentaires ;
- 🍷 des bilans dermatologiques ;
- 🍷 des soins de pédicurie ;
- 🍷 des sensibilisations à la santé gynécologique ;
- 🍷 des ateliers de santé environnementale ;
- 🍷 des formations aux gestes qui sauvent ;
- 🍷 des vérifications et ouvertures de droits auprès de la CPAM.

Un temps convivial était systématiquement prévu autour d'un repas simple préparé par la CPTS pour faciliter les échanges et contribuer à instaurer un climat de confiance.

Enseignements majeurs

🍷 La confiance constitue le véritable préalable à l'accès aux soins. Elle se construit lentement grâce à la répétition des interventions et à la qualité des échanges informels.

🍷 Les professionnels du social, les bénévoles et les associations sont des acteurs incontournables de l'aller-vers. Leur connaissance des publics et la confiance qu'ils ont construite facilitent la participation aux actions et l'accès aux soins.

🍷 L'aller-vers transforme aussi les pratiques des professionnels de santé. Cela change leur regard sur les invisibles et éloigne les appréhensions initiales. La CPTS doit permettre de préparer les interventions et d'en sécuriser le cadre.

Freins

- les appréhensions initiales des professionnels de santé ;
 - certaines tensions institutionnelles autour du partage des publics avec la PASS ;
 - la difficulté à aborder certains sujets comme la vaccination ;
 - les barrières linguistiques bien que de plus en plus d'applications existent ;
 - la question juridique de l'exercice forain.
-

Débats

L'exercice forain a suscité de nombreuses réactions dans la salle.

Les intervenants ont rappelé que tout professionnel réalisant un soin hors de son lieu habituel d'exercice doit disposer d'une autorisation d'exercice forain. Chaque professionnel doit effectuer cette démarche individuellement et la CPTS doit veiller à la conformité administrative des actions mises en œuvre.

Perspectives

La CPTS souhaite poursuivre ces interventions à raison de deux passages annuels dans chaque structure partenaire.

De nouvelles actions sont envisagées autour du dépistage des cancers et de la prévention gynécologique.

Les partenariats avec les associations sociales seront consolidés et un travail transfrontalier est en cours avec les acteurs espagnols afin d'améliorer le suivi des publics mobiles entre les deux pays.

Message de l'atelier

Aller vers les publics, ce n'est pas déplacer une offre de soins ; c'est créer les conditions de la rencontre.

« La première action qu'on a faite, on sortait d'une réunion avec la CPAM et l'ARS, j'étais dépitée, je me suis dit : «Je vais démissionner». Et le soir, on avait la réunion avec les bénévoles. Je me suis dit : «Finalement, je ne vais pas démissionner». Ce sont vraiment des actions qui ont du sens. » « Les personnes ne repartent pas forcément avec un soin, mais elles repartent avec un lien. »



ATELIER 7

OUVRIR LES HORIZONS



OUVRIR LES HORIZONS

LA DONNÉE QUI A TOUT CHANGÉ

Espérance de vie moyenne d'une personne autiste :

54 ANS

Pas à cause de l'autisme, mais à cause du **NON-ACCÈS AUX SOINS.**



Face à ce constat, la CPTS agit !

En partenariat avec



Entreprise de l'ESS, experte de l'accompagnement des personnes autistes.

UN PARCOURS COORDONNÉ ET IDENTIFIABLE



Parcours « Ouvrir les horizons » créé par la CPTS Nord Est Métropolitain.



Logo repérable sur les véhicules, cabinets, laboratoires et sur le site de la CPTS.



Pour les personnes avec TSA, puis élargi à tous les troubles du neurodéveloppement (TND) : TSA, TDA, TDAH, déficiences intellectuelles...



Permettre des soins non brutalisants, du début à la fin du parcours, en respectant le rythme de chacun.

UNE DYNAMIQUE COLLABORATIVE



Format « Déjeuner CPTS » (12h30-14h) pour mobiliser les professionnels.



Besoin exprimé : être formés pour mieux accueillir ces patients.



Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire : infirmières libérales, pharmaciens, laboratoire d'analyses...



Accompagné par Mon Espace TSA & Co

D'ICI...

DES OBSTACLES QUI ÉLOIGNENT DU SOIN



Peur et expériences traumatisantes (sédation, contention...)



Sensibilités sensorielles (bruit, lumière, toucher...)



Peur des soins et de l'inconnu



Refus de consultation, non-divulgaration du diagnostic



Parcours complexes et non adaptés



LE CHEMIN DE L'HABITUATION AUX SOINS



- 1 Décomposer chaque acte en étapes simples et explicitées visuellement
- 2 Préparer avec des supports visuels (images, explications des sensations)
- 3 Adapter l'environnement et le geste au profil sensoriel de chacun
- 4 Réaliser le soin par la même personne, sur plusieurs séances rapprochées (jusqu'à 8 rencontres possibles)
- 5 Respecter le rythme : possibilité d'interrompre et de reprendre quand c'est possible

COMMUNICATION DIRECTE ET CONCISE : ALLER À L'ESSENTIEL

« Je suis l'infirmière X, je vais faire une prise de sang. »



...À LA

DES SOINS ACCESSIBLES ET ADAPTÉS



Prises de sang (surveillance de traitements)



Pansements (prévention des complications comme l'ostéite)



Vaccination (notamment HPV)



Prévention et suivi



Confiance, sécurité, autonomie



Vers une meilleure santé et qualité de vie



RÉSULTATS ET ENJEUX



Depuis septembre 2025 : 5 patients accompagnés dans le parcours.



Pourquoi si peu ?

- Peur des patients et des aidants
- Expériences de soins traumatisantes
- Perte de confiance dans le système
- Non-divulgaration du diagnostic par certains parents



CARTOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS FORMÉS

Annuaire en ligne sur le site de la CPTS (carte Google Maps) classé par profession : infirmiers, pharmaciens, laboratoires...



FORMATION DE 2 JOURS

À l'habitué aux soins, par Mon Espace TSA & Co. Démarche pratique, basée sur la mise en situation et la co-construction d'outils.



FICHE D'APPEL ADAPTÉE

Recueillir dès le 1^{er} contact : type de trouble, profil sensoriel, présence d'un renforteur, capacité de communication, temps d'attention...



GRUPE TEST

8 professionnels formés au départ, avec un objectif de 20 professionnels d'ici la fin de l'année.



IDENTIFICATION SUR LE TERRITOIRE

Lego visible pour repérer les lieux et les professionnels à l'écoute et formés à l'habitué aux soins.



ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DU TEMPS PASSÉ AU FORFAIT DE COORDINATION



Initialement
Valorisation du temps d'habitué via une grille HAS.



Retour de l'Assurance Maladie
Dispositif validé 2 ans puis non reconduit.



Aujourd'hui
Forfait de coordination pour valoriser le temps d'organisation du parcours, validé par la CPAM locale.

Demande de validation nationale auprès de la CNAM, appuyée par la charte Romain Jacob (égalité d'accès aux soins).

LES FREINS À LEVER

- ✗ Peur des familles et des patients
- ✗ Expériences de soins traumatisantes
- ✗ Non-divulgaration du diagnostic
- ✗ Financement encore fragile et complexe
- ✗ Lien à renforcer avec les établissements médico-sociaux
- ✗ Manque de structures d'habitué sur certains territoires



PERSPECTIVES

- ✗ Renforcer le maillage professionnel (2^{ème} session de formation : objectif 20 pros formés)
- ✗ Modèle de retour d'expérience (MaP) en analyse des pratiques et difficultés (dont déficiences intellectuelles)
- ✗ Cafés parents/aidants réguliers
- ✗ Sensibilisation en crèches et écoles maternelles pour un repérage précoce des TND
- ✗ Extension du parcours : compétences psychosociales (émotions, santé sexuelle, consentement)
- ✗ Volet périnatalité/natalité (PMI, CAF, Fondation d'Auteuil, RPNA, APMI) dans le cadre du contrat local de santé
- ✗ Consultation du modèle financière avec la CNAM
- ✗ Mise en réseau régionale des CPTS et mutualisation des outils



ÉCHANGES ET RETOURS D'EXPÉRIENCE

- Absence de structure d'habitué sur certains territoires → renforcer la formation des étudiants au handicap.
- Groupe de travail TND avec formation, associer professionnels de santé et Education nationale (transitions scolaires).
- Projet ville-hôpital-médico-social avec Capsoin (La Rochelle) : actions de dépiétoage en ESAT et IME.
- Troubles de l'oralité : ressource Manger & Jouer (Floriane Challard) et travaux « Ergomums » (Marie Ruffier Bourdat).

RESSOURCES UTILES

- www.ergomums.com/annuaire/
- www.association-mangerjouer.com/
- www.youtube.com/watch?v=5z2wpSSWRPM
- www.handidactuelle.org/charte-romain-jacob/
- www.monespacetsa.fr/



UNE IDÉE FORTE À RETENIR

« On a compris que pour ces patients, la question n'est pas de faire entrer le soin dans un cadre classique, mais d'accepter de reconstruire ce cadre autour de la personne, avec du temps, des essais, et parfois des renoncements temporaires. »



L'INCLUSION NE CONSISTE PAS À FAIRE ENTRER LA PERSONNE DANS LE SYSTÈME DE SOINS ; ELLE CONSISTE À FAIRE ÉVOLUER LE SYSTÈME POUR QU'ELLE PUISSE Y TROUVER SA PLACE.



Atelier 7 - AGIR

« Ouvrir les horizons »

Parcours de soins coordonné pour les personnes avec troubles du neurodéveloppement

Intervenants :

- Valérie LAFOND – Co-présidente de la CPTS BONOM Métropolitain
- Antoine LAFOND – Coordinateur de la CPTS BONOM

Objectif de l'atelier

Présenter un parcours de soins coordonné destiné aux personnes présentant des troubles du neurodéveloppement (TND) afin de faciliter leur accès aux soins et de réduire les ruptures de parcours liées aux difficultés d'accueil et d'adaptation des pratiques professionnelles.

Atelier présenté : «Ouvrir les horizons»

L'atelier a présenté un parcours de soins coordonné destiné aux personnes présentant des troubles du neurodéveloppement (TND), développé par la CPTS en partenariat avec Mon Espace TSA & Co.

À l'origine du projet, un constat marquant : l'espérance de vie moyenne des personnes autistes est estimée à 54 ans, principalement en raison des difficultés d'accès aux soins et non du trouble lui-même.

Face à cette réalité, la CPTS a souhaité construire un parcours permettant aux patients d'accéder aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins sensoriels, relationnels et cognitifs.

Le projet repose sur la formation de professionnels volontaires à l'habituement aux soins, sur deux jours, visant à décomposer chaque acte en étapes simples, explicitées visuellement, afin de réduire l'angoisse du patient.

Soins d'entrée retenus

- Prise de sang (surveillance de traitements)
- Pansements (prévention des complications, comme l'ostéite)
- Vaccination (notamment HPV)

Principes clés

• **Communication directe et concise** : éviter les formules de politesse superflues, aller à l'essentiel (« Je suis l'infirmière X, je vais faire une prise de sang »).

• **Préparation du patient** avec supports visuels (images de seringues, description des sensations).

• **Adaptation environnementale personnalisée** selon le profil sensoriel (hypo ou hypersensibilité) : lumière, bruit, stimulation ajustés ; adaptation du geste (ex : garrot plus ou moins serré).

• **Coordination du soin** : réalisé par la même personne, sur plusieurs séances rapprochées (jusqu'à 8 rencontres possibles pour une prise de sang). Le soin peut être interrompu si nécessaire et repris ultérieurement.

Une cartographie des professionnels formés est progressivement constituée afin de permettre aux familles d'identifier des interlocuteurs sensibilisés à ces pratiques. Le parcours, initialement centré sur l'autisme, s'est progressivement ouvert à l'ensemble des troubles du neurodéveloppement.

Freins identifiés

La peur des patients et des familles

Le principal frein n'est pas l'absence de professionnels formés mais la méfiance construite au fil d'expériences de soins vécues comme traumatisantes.

Un modèle économique difficile à pérenniser

Le temps nécessaire à l'habituement aux soins est peu compatible avec les modes de rémunération classiques de l'exercice libéral.

Des liens encore limités avec le médico-social

Malgré plusieurs partenariats existants, les échanges avec certains établissements médico-sociaux restent difficiles à construire.

Enseignements majeurs

1. L'accès aux soins ne dépend pas uniquement de l'offre disponible

Même lorsque des professionnels sont présents, des obstacles sensoriels, relationnels ou organisationnels peuvent empêcher l'accès effectif aux soins.

2. L'adaptation des pratiques bénéficie à tous

Les outils développés pour les personnes avec TND (supports visuels, communication simplifiée, préparation des actes) peuvent également améliorer l'accueil d'autres publics vulnérables.

3. La formation seule ne suffit pas

L'information des familles, le travail avec les aidants et la reconstruction d'une relation de confiance sont indispensables à la réussite du parcours.

Débats et questions

Les échanges ont porté sur :

- la place de la formation initiale des professionnels de santé sur les questions du handicap ;
- les collaborations entre santé, médico-social et Éducation nationale ;
- les difficultés rencontrées autour des troubles de l'oralité ;
- la transférabilité du modèle à d'autres territoires.

Plusieurs participants ont partagé des expériences similaires ou des projets en cours autour des TND, confirmant un intérêt croissant pour ces questions.

Perspectives

- Renforcement du maillage professionnel avec une nouvelle session de formation (objectif : 20 professionnels formés).
- Mise en place d'un module de retour d'expérience de 4 heures pour analyser les pratiques et difficultés, notamment sur les déficiences intellectuelles.
- Organisation de cafés parents/aidants réguliers.
- Actions de sensibilisation en crèches et écoles maternelles pour repérage précoce des TND.
- Extension du parcours aux compétences psychosociales (gestion des émotions, santé sexuelle, consentement).
- Développement du volet périnatalité/natalité dans le cadre du contrat local de santé (PMI, CAF, Fondation d'Auteuil, RPNA, APMI).
- Consolidation du modèle financier avec la CNAM.

Message clé

L'inclusion ne consiste pas à faire entrer la personne dans le système de soins : elle consiste à faire évoluer le système pour qu'elle puisse y trouver sa place.

Ressources complémentaires

- <https://www.ergomums.com/annuaire/>
- <https://www.association-mangerjouer.com/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=b2owpSSWRPM>
- <https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>
- <https://monespacetsa.fr/>

« On a compris que pour ces patients, la question n'est pas de faire entrer le soin dans un cadre classique, mais d'accepter de reconstruire ce cadre autour de la personne. »

« Derrière le handicap, il y a tout ça quand même. »

ATELIER 9 IMMERSION CROISÉE VILLE-HÔPITAL

⇒ Quand une journée d'observation transforme les pratiques ! ⇐



L'ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR



- Sortie un vendredi soir d'un patient Alzheimer vivant seul
- Pas de portage de repas ni d'aides organisées
- Difficultés de communication et d'anticipation

↳ Comment éviter ces ruptures de parcours ?

VILLE



HÔPITAL



Apprendre à se connaître pour mieux coopérer

NOTRE TERRITOIRE

31 000 habitants

Vieillesse marquée : indice 147 (195 à Biscarosse)

15 à 45 min de trajet jusqu'à l'hôpital

Hôpital situé hors du territoire de la CPTS (33) - CPTS des Grands Lacs (40)

GENÈSE DU PROJET

- Septembre 2024 : arrivée du coordinateur Damien Bervis.
- Rencontre fondatrice entre le bureau de la CPTS des Grands Lacs et la direction du Centre Hospitalier.
- Impulsion du Centre Hospitalier : volonté de créer des liens avec les acteurs locaux des CPTS.
- Création d'un groupe de travail "lien ville-hôpital" au sein de la CPTS.



PHASE 1 : L'IMMERSION PILOTE

ORGANISATION

- ✓ Décision de co-construire une journée immersive d'une infirmière libérale au Centre Hospitalier.
- ✓ Convention de stage signée.
- ✓ Mai 2025 : immersion réalisée sur deux jeudis non consécutifs (selon les disponibilités personnelles et professionnelles de Julie).



PROGRAMME

Conçu par Mme Moulin, directrice de la coordination générale des soins :

- Accueil par le service des urgences
- Passage par la cellule Parcours patient
- Immersion avec l'infirmière IPA plaies et cicatrisations et l'hôpital de jour
- Immersion en HAD

LE MIROIR DES RÉALITÉS

Les problématiques rencontrées en ville et à l'hôpital sont identiques sur le fond !

CÔTÉ VILLE

Pertes d'information (notamment sur la situation sociale du patient)

Patients complexes : mêmes difficultés de prise en charge

Communication interprofessionnelle défaillante

Outils numériques non connectés (interopérabilité inexistante)

Gestion des événements indésirables peu formalisée

CÔTÉ HÔPITAL

Pertes d'information (notamment sur la situation sociale du patient)

Patients complexes : mêmes difficultés de prise en charge

Communication interprofessionnelle défaillante

Outils numériques non connectés (interopérabilité inexistante)

Gestion des événements indésirables peu formalisée

Même constats, mêmes défis : travaillons ensemble pour y répondre !

RÉSULTATS IMMÉDIATS DE LA PHASE 1

Le compte-rendu de Julie, publié dans la newsletter du CH, a initié plusieurs actions :



ONGLET DÉDIÉ SUR LE SITE DU CH

- Numéros directs des professionnels et services
- Accès à la télé-expertise
- Gestion des événements indésirables
- Newsletters



DEUX SOIRÉES VILLE-HÔPITAL PAR AN

Co-construites et co-animées, dont une délocalisée sur le territoire de la CPTS des Grands Lacs (40).



AMÉLIORATION DES ORDONNANCES DE SORTIE

Intégrées dans le logiciel du CH grâce au travail de la CPTS Sud-Bassin (33).



COLLABORATIONS RENFORCÉES

Sur le projet de Pôle de Santé et consultation des besoins réels du territoire.

PHASE 2 : DÉPLOIEMENT ENVISAGÉ (VERSION 2)

OBJECTIF

Élargir le dispositif à davantage de professionnels des deux côtés (ville et hôpital).

CALENDRIER CIBLE

Avril 2027 : session "Libéraux à l'hôpital"

Mai 2027 : session "Hospitaliers en ville"

SESSION "LIBÉRAUX AU CH" (AVRIL 2027)



- 10 professionnels libéraux (5 CPTS Grands Lacs, 5 CPTS Sud-Bassin)
- Matinée en groupe : présentation de la structure, du fonctionnement, des services
- Après-midi découpé : parcours spécifiques par profession (parcours kinés différent de celui des infirmières...)
- Indemnisation des participants



ÉCHANGES CROISÉS

Ambition : reproduire ces échanges chaque année et impliquer à terme les internes pour qu'ils découvrent la réalité de l'exercice libéral et des sorties d'hospitalisation.

SESSION "HOSPITALIERS EN VILLE" (MAI 2027)



- 10 professionnels du Centre Hospitalier en immersion chez les libéraux
- Matinée : immersion avec un professionnel libéral (infirmière, kiné, médecin...)
- Pause déjeuner en commun
- Après-midi : présentation détaillée du fonctionnement de la CPTS (univers souvent méconnu des hospitaliers)



LES LEVIERS DE RÉUSSITE

- ✓ Co-construction systématique
- ✓ Volonté forte de la direction du CH et de la CME
- ✓ Transparence dans la communication, y compris sur les points négatifs
- ✓ Valorisation des professionnels qui s'engagent
- ✓ Implication du coordinateur général des soins
- ✓ Absence de hiérarchie dans les échanges : transversalité réelle
- ✓ L'hôpital travaille actuellement sur la rédaction de fiches de liaison sortie V.H avec la CPTS, puis les entrées.



“ Une journée d'immersion a parfois plus d'impact que des mois de réunions. ”

LES FREINS PERSISTANTS

- ✗ Fracture numérique et interopérabilité : Globule non utilisé au CH, logiciels non connectés, Lacosway inopérant pour l'instant...
- ✗ Barrières départementales et géographiques (40 vs 33)
- ✗ Mobilisation de tous les acteurs hospitaliers au-delà de la CME et de l'encadrement
- ✗ Changement de direction à venir pouvant impacter la dynamique
- ✗ Coordination avec les autres structures hospitalières fréquentées par la patientèle
- ✗ Différence culturelle entre le travail en équipe structurée (hôpital) et le travail coordonné mais isolé (ville)



AVANT DE COORDONNER LES PARCOURS, IL FAUT CRÉER DES RENCONTRES : LA CONFIANCE NAÎT DE LA CONNAISSANCE MUTUELLE.



Immersion croisé ville – hôpital **Quand une journée d'observation transforme les pratiques.**

Intervenants :

- 6 **Damien BEYRIS** – coordinateur de la CPTS des Grands Lacs ;
 - 6 **Julie PRAT** – membre de la gouvernance de la CPTS des Grands Lacs.
-

Objectif de l'atelier

Présenter une démarche d'immersion croisée entre professionnels libéraux et hospitaliers visant à renforcer l'interconnaissance et à améliorer la coordination des parcours de soins.

Action ou retour d'expérience présenté

La CPTS des Grands Lacs et le Centre Hospitalier d'Arcachon ont partagé une démarche d'immersion croisée visant à renforcer les liens entre professionnels libéraux et hospitaliers.

Le projet est né d'un constat simple : malgré une volonté commune d'améliorer les parcours de soins, les professionnels de ville et de l'hôpital se connaissent peu et disposent d'une compréhension limitée des contraintes respectives de chacun. Cette situation est d'autant plus marquée que le Centre Hospitalier de référence se situe hors du territoire de la CPTS, à cheval sur deux départements.

L'élément déclencheur a été une situation vécue par une infirmière libérale confrontée à la sortie d'hospitalisation d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer vivant seul à domicile, sans organisation préalable des aides nécessaires. Cet épisode a mis en lumière les difficultés de communication entre les différents acteurs du parcours.

Afin de dépasser les représentations et mieux comprendre les réalités de terrain, la CPTS et le Centre Hospitalier ont choisi de construire ensemble une première expérimentation. Une infirmière libérale a été accueillie au sein de l'hôpital dans le cadre d'une convention d'immersion spécialement élaborée pour l'occasion.

Au cours de deux journées, elle a découvert plusieurs services et fonctions clés du parcours patient : urgences, cellule parcours patient, hôpital de jour, hospitalisation à domicile et équipe spécialisée plaies et cicatrisation. L'objectif n'était pas d'évaluer les pratiques mais de comprendre le fonctionnement global de l'établissement et les contraintes auxquelles sont confrontés les professionnels hospitaliers.

Cette immersion a permis de mettre en évidence de nombreuses problématiques communes : pertes d'informations au cours du parcours, difficultés de transmission entre services, situations sociales complexes insuffisamment repérées, manque de visibilité sur les ressources disponibles ou encore absence d'interopérabilité des outils numériques.

Le retour d'expérience rédigé à l'issue de cette immersion a été largement diffusé au sein du Centre Hospitalier et a servi de point d'appui à plusieurs actions concrètes :

- 6 création d'un espace ressources dédié aux professionnels de ville ;
- 6 mise à disposition de contacts directs et de ressources utiles ;
- 6 organisation de soirées d'échanges ville-hôpital ;
- 6 amélioration des ordonnances de sortie ;
- 6 poursuite d'un travail commun autour des outils de liaison et des parcours patients.

L'expérience a conduit les partenaires à envisager une seconde phase visant à généraliser ces immersions à un plus grand nombre de professionnels, dans les deux sens : de la ville vers l'hôpital mais également de l'hôpital vers la ville.

3 enseignements majeurs

1. Les difficultés sont souvent partagées

Ville et hôpital sont confrontés aux mêmes enjeux de coordination, de transmission d'information et d'accompagnement des situations complexes.

2. L'interconnaissance est un préalable à la coopération

Comprendre le fonctionnement, les contraintes et les réalités de l'autre favorise des échanges plus fluides et une meilleure coordination.

3. Une immersion peut générer des changements concrets

Une action simple et peu coûteuse peut produire rapidement des améliorations organisationnelles et renforcer les liens entre acteurs.

Freins ou points de vigilance

- Difficultés d'interopérabilité des outils numériques.
- Barrières géographiques et administratives entre territoires.
- Mobilisation durable de l'ensemble des professionnels.
- Risque de fragilisation lié aux changements de gouvernance.
- Nécessité d'étendre la démarche aux autres établissements fréquentés par les patients.

Débat ou question marquante

Les échanges ont souligné que les difficultés de coordination relèvent souvent davantage d'une méconnaissance mutuelle que d'un manque de volonté de coopérer.

La place des outils numériques a également été questionnée : plusieurs participants ont rappelé que les outils facilitent les échanges mais ne remplacent pas la relation humaine.

Perspectives

- Déployer les immersions croisées à plus grande échelle.
- Accueillir des professionnels hospitaliers en ville.
- Associer progressivement les internes.
- Poursuivre le travail sur les fiches de liaison ville-hôpital.
- Pérenniser les temps de rencontre entre acteurs.

Message de l'atelier

Avant de coordonner les parcours, il faut créer des rencontres : la confiance naît de la connaissance mutuelle.

« Si on se rencontrait plus, si on se connaissait et si on connaissait les problématiques des uns et des autres, on ne pourrait qu'avancer. »

« Tant qu'on ne l'a pas vécu, on ne peut pas comprendre. »

ATELIER 16

AGIR

FAIRE DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE, C'EST SEMER AUJOURD'HUI LES CONDITIONS D'UNE MEILLEURE SANTÉ DEMAIN.

POURQUOI AGIR ?



- Effets à très faibles doses
- Effet cocktail
- Impacts sur la santé : cancers, infertilité, maladies chroniques...
- Effets possibles sur plusieurs générations



NOTRE APPRENTISSAGE

V1 : OCTOBRE ROSE APPROCHE TROP GÉNÉRIQUE



- Message centré sur un seul angle
- Actions peu ciblées
- Mobilisation insuffisante

V2 : UNE STRATÉGIE CIBLÉE ET ADAPTÉE



- Comprendre les publics et trouver le bon angle
- Préparer le terrain avec nos relais
- Adapter les messages et les actions
- Semer des graines
- Relayer et faire grandir

Prendre le temps de préparer, c'est multiplier les chances que les graines germent !

Agir ensemble pour protéger la santé des générations futures.

DES GRAINES SEMÉES AUPRÈS DE 4 PUBLICS POUR FAIRE GRANDIR LA SANTÉ DE TOUS

ADOLESCENTS



- Ateliers Nesting en collèges et lycées
- Animés par l'équipe de santé publique du CH de Bayonne
- Message clé : un perturbateur endocrinien en moins = une chance en plus pour la santé

PROFESSIONNELS DE SANTÉ



- Formations, outils et ateliers Nesting
- Questionnaire pour identifier leurs besoins
- Livret "Cours de Santé" pour renforcer les connaissances
- Relais essentiels auprès des patients

GRAND PUBLIC



- Campagne « Cap ou pas cap ? » (affiches, clip, cinéma, commerces...)
- 9 affiches thématiques (air intérieur, cosmétiques, alimentation...)
- Ressources via les mutuelles

MILLE PREMIERS JOURS



- Ordonnances vertes : paniers alimentaires bio pour femmes enceintes et jeunes parents
- Partenaires : ARS, CPAM, MSA, Agglo, Hôpital
- Défis, information, financements

LES RELAIS, POLLINISATEURS D'IDÉES



Des personnes convaincues qui diffusent les messages, ouvrent des portes et inspirent d'autres acteurs.

Chaque relais peut à son tour semer de nouvelles graines !



PRÉPARER LE TERRAIN : NOS CONDITIONS DE RÉUSSITE



ENSEIGNANTS, GRANDS SEMEURS

Préparation en amont des ateliers, adhésion des équipes, intégration dans les enseignements.

Leur implication est la clé.



PROFESSIONNELS RELAIS

Formés et outillés pour comprendre, s'approprier les sujets et en parler autour d'eux.

Ils créent la confiance et ouvrent le dialogue.



PARTENAIRES ENGAGÉS

Soutien financier, logistique et humain pour coordonner, expérimenter et déployer les actions sur le territoire.



COMMUNICATION CIBLÉE

Trouver le bon angle, le bon message, le bon canal, au bon moment, pour toucher sans saturer.

DES EFFETS QUI SE MULTIPLIENT



Des prises de conscience individuelles



Des changements de pratiques



Des relais qui inspirent d'autres



De nouvelles graines semées partout sur le territoire

CHAQUE GRAINE SEMÉE AUJOURD'HUI...



...EST UNE CHANCE POUR LA SANTÉ DE DEMAIN !

La santé environnementale se construit pas à pas : chaque action ciblée, chaque graine semée, est une chance de plus pour la santé de tous.

Santé environnementale : agir localement du constat à l'action

Intervenants :

- **Arnaud ETCHEPAREBORDE** - président de la CPTS des Trois Provinces
 - **Jenofa LAMARQUE** - coordonnatrice de la CPTS des Trois Provinces
 - **Dr Jean-François HARLET** - délégué régional du Réseau Environnement Santé (RES)
-

Objectif de l'atelier

Partager le retour d'expérience de la CPTS des Trois Provinces dans le développement d'actions de santé environnementale en milieu rural et montrer comment adapter les messages à différents publics pour favoriser leur appropriation. L'atelier a également permis d'apporter un éclairage scientifique sur les perturbateurs endocriniens et les enjeux de prévention associés.

Retour d'expérience

La CPTS des Trois Provinces a présenté l'évolution de sa démarche en santé environnementale à travers deux phases distinctes.

Une première tentative, menée dans le cadre d'Octobre Rose, visait à sensibiliser largement la population aux liens entre environnement et santé. Malgré plusieurs actions menées avec des partenaires locaux, la mobilisation est restée limitée. Ce premier constat a conduit la CPTS à revoir sa stratégie.

La seconde phase repose sur une approche plus ciblée, adaptée aux différents publics du territoire. Plutôt que de diffuser un message unique, la CPTS a choisi de construire des actions spécifiques pour quatre groupes :

- les adolescents, à travers des ateliers Nesting animés avec le soutien du Centre Hospitalier de Bayonne ;
- les professionnels de santé, via des questionnaires, formations et outils pédagogiques ;
- le grand public, grâce à une campagne de communication « Cap ou pas cap ? » diffusée dans les cinémas, commerces et lieux de vie ;
- les jeunes parents, notamment à travers le projet d'ordonnances vertes associant prévention et alimentation.

Les intervenants ont insisté sur l'importance de préparer le terrain avant toute action. L'implication des enseignants, l'identification des besoins des professionnels ou encore le choix des bons relais locaux ont été présentés comme des facteurs déterminants de réussite.

Enseignements majeurs

1. Sensibiliser les relais avant de sensibiliser le grand public

La santé environnementale reste peu présente dans les formations initiales des professionnels de santé. Pourtant, une fois sensibilisés et formés, ces derniers deviennent des relais particulièrement efficaces auprès des patients. Le même constat est fait pour les enseignants ou les acteurs associatifs qui facilitent l'appropriation des messages.

2. Adapter les messages aux publics concernés

L'atelier a montré l'importance d'une communication positive, concrète et non culpabilisante. Les actions qui fonctionnent sont celles qui s'appuient sur les préoccupations réelles des publics et sur des canaux de communication adaptés à leurs usages.

3. La santé environnementale se construit dans le temps long

Chaque action constitue une graine semée. Les effets recherchés dépassent les changements individuels immédiats : ils reposent sur la diffusion progressive des connaissances, la mobilisation de relais locaux et la construction d'une culture commune de prévention à l'échelle du territoire.

Freins et points de vigilance

- La santé environnementale reste un sujet encore peu connu des professionnels de santé et du grand public.
- Les premières actions peuvent susciter peu d'adhésion si les publics ne perçoivent pas clairement leur intérêt.
- La mobilisation nécessite un important travail préparatoire et un accompagnement dans la durée.
- Les projets innovants, comme les ordonnances vertes, soulèvent des questions de financement et de pérennisation.
- Les inégalités sociales exposent davantage certaines populations aux risques environnementaux et doivent être prises en compte dans les stratégies d'action.

Débat et échanges

L'intervention du Dr Jean-François Harlet a nourri les échanges autour de la place encore limitée de la santé environnementale dans les cursus de formation des professionnels de santé.

Les participants ont notamment interrogé les moyens de rendre ces connaissances plus accessibles et de renforcer leur diffusion auprès des futurs professionnels.

Les discussions ont également porté sur la nécessité d'agir précocement auprès des populations les plus vulnérables, notamment pendant la grossesse et les mille premiers jours de vie.

Perspectives

- Poursuivre le développement des ateliers Nesting auprès des différents publics.
- Finaliser le modèle économique des ordonnances vertes.
- Renforcer la sensibilisation des professionnels de santé et des sages-femmes.
- Développer les partenariats territoriaux autour de la santé environnementale.
- Diffuser plus largement les outils créés (livrets, affiches, supports pédagogiques).
- Favoriser l'intégration de la santé environnementale dans les formations initiales et continues des professionnels de santé.

Message de l'atelier

La santé environnementale se construit pas à pas : chaque action ciblée, chaque graine semée, est une chance de plus pour la santé de tous.

« Un perturbateur endocrinien en moins = une chance en plus pour la santé. »

« La santé environnementale ne se décrète pas : elle se cultive collectivement. »

ATELIER 13

AGIR

SANTÉ DES FEMMES : action d'aller-vers à destination des populations vulnérables



Parce que les inégalités de santé ne sont pas une fatalité.
Notre rôle : aller vers les femmes, lever les obstacles,
et leur permettre d'accéder aux soins.

POURQUOI ALLER VERS ?

DES INÉGALITÉS BIEN RÉELLES

- 1^{ère} cause de mortalité** chez les femmes : les pathologies cardiovasculaires (et non le cancer du sein)
- 7 ans** délai moyen de diagnostic de l'endométriose en France
- Des symptômes cardiaques différents et une douleur exprimée autrement
- + 25 %** des femmes connaîtront un trouble de santé mentale (anxiété, dépression) au cours de leur vie

DES FEMMES SOUVENT À L'INTERSECTION DE PLUSIEURS VULNÉRABILITÉS

- Femme
- Racisée / migrante
- Précaire
- Quartier prioritaire
- Barrière de la langue
- Charge mentale

Ces réalités freinent l'accès à la prévention et aux soins.

NOTRE RÉPONSE : LE PARCOURS SANTÉ FEMMES

Un accueil bienveillant, sans jugement, au cœur des quartiers.

- Accueil convivial : Café, goûter
- Espace enfants
- Interprètes (français, turc, arabe, bulgare...)
- Écoute et information
- Prise de rendez-vous immédiate
- Accompagnement social et accès aux droits

UN PARCOURS SIMPLE, COMPLET ET HUMAIN



- 1. PRÉVENTION ET INFORMATION**
 - Stands d'autopalpation mammaire
 - Informations sur les dépistages
 - Échanges avec des professionnels
- 2. PRISE DE RDV IMMÉDIATE**
 - Mammographies et frottis réalisés par des sages-femmes et radiologues partenaires
 - Le CRCDC rappelle pour confirmer les créneaux
- 3. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**
 - Ouverture des droits
 - Vérification carte Vitale
 - Relais vers les associations (cancer, soins de support...)
- 4. SUIVI ET ACCÈS AUX SOINS**
 - Rendez-vous honorés
 - Dépistages réalisés
 - Orientation si besoin



RÉSULTATS CONCRETS (ÉDITION 2025)

- 7 frottis** programmés et tous réalisés ✓
- 60 participantes** (contre ~10 en 2024) majoritairement éloignées du système de soins
- Taux de réalisation très élevé : les rendez-vous pris le jour même ont été honorés
- 650 €** de budget de l'action (hors indemnités des professionnels)
- 2 500 €** d'indemnités CPTS (ICPA) pour les deux actions, grâce au bénévolat des associations

TERRITOIRE CONCERNÉ

- 3 quartiers prioritaires
- 72 000 habitants
- + de 150 professionnels de santé adhérents

LES OBSTACLES QUI ÉLOIGNENT DU SOIN

- Charge mentale et responsabilités familiales
- Manque de temps et priorités du quotidien
- Barrière de la langue et difficultés d'intégration
- Méconnaissance du système de santé
- Précarité financière et administrative
- Isolation, manque de confiance

NOS LEVIERS DE RÉUSSITE

- Travailler avec les acteurs de proximité : centres sociaux, associations, médiateurs en santé, bailleurs sociaux...
- Une communication adaptée et multilingue, relayée par les réseaux locaux
- Des partenaires engagés : sages-femmes, radiologues, CRCDC, CPAM, associations...
- La prise de rendez-vous immédiate sur place : un facteur clé !

LES FREINS QUI PERSISTENT

- Mobiliser les habitantes, notamment dans certains quartiers
- Visibilité encore insuffisante des actions (besoin d'aller plus en extérieur)
- Mammographies mobiles : contraintes réglementaires et logistiques
- Accès aux rendez-vous spécialisés encore parfois difficile

PERSPECTIVES

- Prochaine édition septembre 2026 en extérieur : places publiques, marchés, événements locaux
- Élargissement thématique : ménopause, santé mentale, troubles cardio-vasculaires, nutrition, bien-être...
- Renforcement des partenariats : PMI, médecins traitants, nutritionnistes, associations d'usagers...
- Communication mutualisée : kit commun pour chaque CPTS, avec appui d'une chargée de com'
- Une journée coordonnée en Gironde : tester 5 points simultanés avec évaluation
- Évaluer l'impact à 6 mois : plus de dépistages, plus de femmes accompagnées



Aller vers les femmes, c'est d'abord comprendre ce qui les empêche d'aller vers le soin.



Santé des femmes Aller-vers à destination des populations vulnérables

Intervenants :

- Dr Ileana DESORMAIS – Médecin vasculaire
 - Hilal BILICAN – Directrice de coordination CPTS Nord Bordeaux
 - Ninon GALLIENNE-DUPONT – Alternante de coordination CPTS Nord Bordeaux
-

Objectif de l'atelier

Présenter une action d'aller-vers développée par la CPTS Nord Bordeaux afin de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins chez les femmes les plus éloignées du système de santé, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Action ou retour d'expérience présenté

L'atelier s'est ouvert par un quizz permettant de déconstruire plusieurs idées reçues sur la santé des femmes. Les participants ont notamment découvert que les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de mortalité féminine, que le diagnostic de l'endométriose intervient encore très tardivement et que les symptômes d'alerte de certaines pathologies diffèrent entre les femmes et les hommes.

À partir de ces constats, la CPTS Nord Bordeaux a présenté le **Parcours Santé Femmes**, une action de prévention et d'aller-vers développée dans trois quartiers prioritaires de la ville représentant près de 72 000 habitants.

L'objectif était de créer un parcours simple et rassurant permettant aux femmes éloignées du système de soins de bénéficier à la fois d'informations, d'un accompagnement et d'un accès facilité aux dépistages.

L'action a été organisée dans des locaux de proximité avec plusieurs aménagements pensés pour lever les freins identifiés :

- accueil convivial autour d'un café ;
- espace dédié aux enfants ;
- présence d'interprètes (français, turc, arabe, bulgare) ;
- médiation en santé ;
- accompagnement administratif pour l'ouverture des droits et la vérification des cartes Vitales.

Les participantes pouvaient ensuite suivre un véritable parcours comprenant :

- des stands d'information et de prévention ;
- des démonstrations autour de l'autopalpation mammaire ;
- des échanges avec des professionnels de santé ;
- la prise immédiate de rendez-vous pour les mammographies et les frottis grâce à la mobilisation de partenaires locaux.

Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers assurait ensuite le rappel des participantes afin de sécuriser la réalisation effective des rendez-vous.

Après une première édition ayant réuni une dizaine de participantes par site, plusieurs ajustements ont été réalisés : renforcement de la communication, implication accrue des médiateurs en santé, partenariat avec la CPAM et amélioration de la fluidité du parcours. Ces évolutions ont permis d'atteindre environ 60 participantes lors de la seconde édition, principalement des femmes éloignées du système de soins.

Les résultats présentés montrent également un taux particulièrement élevé de réalisation des rendez-vous pris sur place, soulignant l'intérêt de proposer une prise de rendez-vous immédiate au moment de l'action.

3 enseignements majeurs

1. L'information seule ne suffit pas

Les participantes connaissent souvent l'existence des dépistages mais rencontrent de nombreux obstacles pratiques, sociaux, culturels ou linguistiques qui limitent leur recours aux soins.

2. Lever les freins du quotidien favorise l'accès aux soins

Interprétariat, garde d'enfants, médiation en santé, accompagnement administratif ou prise immédiate de rendez-vous constituent des leviers particulièrement efficaces pour favoriser le passage à l'action.

3. L'aller-vers repose sur une mobilisation collective

La réussite du projet s'appuie sur un réseau de partenaires associant professionnels de santé, CPAM, CRCDC, centres sociaux, médiateurs en santé et acteurs de proximité.

Freins ou points de vigilance

- Difficulté à mobiliser certains publics malgré les actions de communication.
- Nécessité d'adapter les supports aux réalités culturelles et linguistiques du territoire.
- Visibilité parfois limitée des événements organisés dans des lieux fermés.
- Difficulté à proposer certains examens directement sur site, notamment les mammographies.
- Importance de maintenir une dynamique partenariale forte dans la durée.

Débat ou question marquante

Les échanges ont porté sur la localisation des actions d'aller-vers. Plusieurs participants ont souligné que les lieux de passage tels que les marchés, places publiques ou événements locaux permettaient souvent de toucher un public plus large que les structures habituelles de santé ou d'accompagnement.

La question de l'organisation d'une journée coordonnée à l'échelle d'un territoire plus vaste a également suscité un vif intérêt, notamment pour renforcer la visibilité des actions de prévention en santé des femmes.

Perspectives

Développer les actions en extérieur

Organiser les prochaines éditions sur des places publiques ou des lieux de passage afin d'améliorer la visibilité et d'aller à la rencontre de nouveaux publics.

Élargir les thématiques abordées

Intégrer davantage les questions de santé cardiovasculaire, de ménopause, de santé mentale et de santé globale des femmes.

Renforcer les partenariats

Associer davantage les PMI, les médecins spécialisés, les nutritionnistes, les associations d'usagers et les acteurs du champ social.

Mutualiser les outils de communication

Créer un kit de communication réutilisable par d'autres CPTS souhaitant développer des actions similaires.

Pérennisation du modèle

La CPTS Nord Bordeaux souhaite continuer à améliorer le format en intégrant systématiquement les remontées des participantes (temps d'échange, garde d'enfants, interprétariat).

Message de l'atelier

Aller vers les femmes, c'est d'abord comprendre ce qui les empêche d'aller vers le soin.

« Informer ne suffit pas : encore faut-il lever les obstacles qui empêchent d'agir. »

ATELIER 14

AGIR

Comprendre, analyser pour agir au plus juste

SANTÉ DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

Qui prend soin de celui qui prend soin ?

Un soignant en bonne santé est un soignant qui peut prendre soin des autres durablement. Comprendre leurs besoins pour agir ensemble.



NOTRE TERRITOIRE

- Rochefort Océan et Bassin de Marennes
- 31 communes
- 80 000 habitants (taille 3)
- 140 adhérents et > 20 structures adhérentes
- Signature du contrat tripartite CPTS - ARS - CPAM le 27/06/2024

POURQUOI PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS ?

La santé des soignants est altérée : un soignant qui va mal ne pourra pas exercer correctement et/ou dans de bonnes conditions.

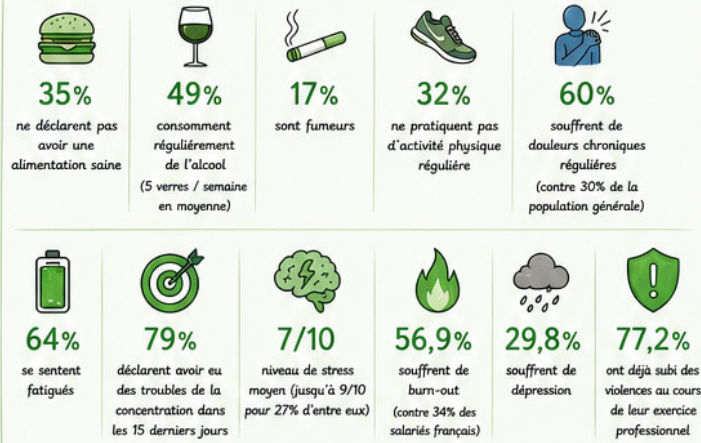
Comprendre les déterminants et les problématiques de santé est nécessaire pour agir avec les actions adaptées.



LES ACTIONS DE LA CPTS ROCHEFORT OcéAN

- Mars 2025**
Enquête questionnaire pour identifier les besoins et attentes des soignants
 - Mai 2025**
Rencontre et jeux en extérieur
 - Octobre 2025**
Soirée jeux de société
 - Février 2026**
Afterwork dans un bar
 - Juin 2026**
Pique-nique et marche (annulé : analyse des causes)
- Actions passées qui ont rencontré un grand succès :
- Formation "Gestion des agressions et des incivilités"
 - Formation "Self-défense"
 - Journée mondiale de la santé
 - Journée dédiée aux soignants le 7 avril 2026

LA SANTÉ DES SOIGNANTS : DES CHIFFRES QUI INTERPELLENT*



*Rapport sur la santé des professionnels de santé 2023 - Bataille-Hembert et al. (48 985 contributions) Coelho et al. (2023 - 4 971 contributions)

UNE DÉMARCHE DE RECHERCHE

Mémoire de Master 2 IESET : « Perception des soignants sur leur santé et les dispositifs visant à l'améliorer »

Questions clés :

- Les soignants perçoivent-ils les problématiques de santé qui les concernent ?
- Les soignants perçoivent-ils les déterminants associés à ces problématiques ?
- Quelle représentation ont-ils des actions et dispositifs visant à améliorer leur santé, notamment ceux déployés par les CPTS ?



Ils veulent continuer à soigner. Aidons-les à tenir dans la durée.

CE QUI ÉPUISE ET DÉGRADE

- Stress chronique
- Fatigue intense
- Douleurs chroniques
- Violences et incivilités
- Charge de travail et pression
- Manque de temps pour soi
- Isolement professionnel

CE QUI RESSOURCE ET PROTÈGE

- Lien social et convivialité
- Rencontres et échanges entre pairs
- Activité physique et plein air
- Formations et montée en compétences
- Reconnaissance et valorisation
- Moments de détente et loisirs
- Écoute, soutien et bienveillance



NOS LEVIERS POUR UN COLLECTIF QUI PREND SOIN DE SES SOIGNANTS

- Créer du lien pour rompre l'isolement
- Favoriser la convivialité et l'entraide
- Proposer des actions simples, accessibles et adaptées
- Soutenir les parcours professionnels et les compétences
- Valoriser, reconnaître et donner du sens
- Donner la parole aux soignants et agir ensemble

NOTRE APPROCHE

- Écouter et comprendre les besoins réels
- Agir ensemble avec et pour les soignants
- Évaluer chaque action : ce qui fonctionne, ce qui peut être amélioré
- S'adapter en continu pour plus d'impact

OUVERTURE

- Partages d'expériences et actions inspirantes d'autres CPTS.
- Outils Agora Lib' et ressources du GT SVB à disposition des adhérents.



Prendre soin des soignants, c'est aussi prendre soin du système de santé.



Santé des professionnels de santé

Intervenants :

CPTS Rochefort Océan (17)

• Anne GENDREAU – Présidente

• Marine DA SILVA – Stagiaire en Master 2 Ingénierie en Éducation pour la Santé et Éducation Thérapeutique, professionnelle de santé

Objectif de l'atelier

Partager le retour d'expérience de la CPTS Rochefort Océan sur les actions mises en œuvre en faveur de la santé et du bien-être des professionnels de santé du territoire, tout en présentant les premiers résultats d'un travail de recherche universitaire portant sur la perception qu'ont les soignants de leur propre santé et des dispositifs destinés à l'améliorer.

Action ou retour d'expérience présenté

L'atelier s'est appuyé sur un travail de recherche mené dans le cadre d'un Master 2 en Ingénierie en Éducation pour la Santé et Éducation Thérapeutique portant sur la santé des soignants. Les travaux présentés ont permis d'interroger la manière dont les professionnels perçoivent leur état de santé, les facteurs qui l'influencent et les actions susceptibles de les accompagner.

Les intervenantes ont rappelé plusieurs données préoccupantes issues d'études nationales : fatigue importante, troubles de la concentration, stress élevé, douleurs chroniques, burn-out, dépression ou encore exposition aux violences dans l'exercice professionnel. Ces constats ont conduit la CPTS Rochefort Océan à faire de la santé des soignants un axe de travail à part entière.

Les chiffres du Rapport sur la santé des professionnels de santé de 2023, centré sur la santé des soignants en France (Bataille-Hembert et al., 2023 - 48 985 contributions), illustrent la situation actuelle.

- 35% déclaraient ne pas avoir une alimentation saine
- 49% consommaient régulièrement de l'alcool (5 verres / semaine en moyenne)
- 17% étaient fumeurs
- 32% ne pratiquaient pas d'activité physique régulière
- 60% souffraient de douleurs chroniques régulières (contre 30% des adultes de la population générale)
- 64% se sentaient fatigués
- 79% déclaraient avoir eu des troubles de la concentration dans les 15 derniers jours
- Niveau de stress scoré à 7 sur 10 en moyenne (ce score montait à 9 sur 10 pour 27% d'entre eux),
- 56,9% souffraient de burn-out (contre 34% des salariés français)
- 29,8% souffraient de dépression (Coelho et al., 2023 - 4 971 contributions)
- 77,2% avaient déjà subi des violences au cours de leur exercice professionnel

La première étape a consisté à réaliser une enquête auprès des adhérents afin d'identifier les problématiques rencontrées localement et les attentes des professionnels. Cette démarche a permis de construire des actions au plus près des besoins exprimés.

La CPTS a ensuite développé plusieurs formats favorisant à la fois le bien-être et l'interconnaissance entre professionnels :

- rencontres conviviales en extérieur autour de jeux ;
- soirées jeux de société ;
- afterworks ;
- pique-niques et marches ;
- formations sur la gestion des agressions et des incivilités ;
- formation au self-défense ;
- événements dédiés à la santé des soignants à l'occasion de la Journée mondiale de la santé.

Chaque action a fait l'objet d'une analyse systématique de ses points forts, de ses limites et des conditions de réussite afin d'adapter progressivement le programme proposé.

L'atelier s'est également conclu par un partage d'expériences entre CPTS autour d'autres initiatives mises en œuvre sur les territoires ainsi que par la présentation des outils développés par Agora Lib' sur le sujet.

3 enseignements majeurs

1. Les soignants constituent eux aussi un public de prévention

Souvent centrés sur la santé des patients, les professionnels de santé ont parfois tendance à négliger leur propre santé. Pourtant, les données présentées montrent une dégradation importante de plusieurs indicateurs de santé physique et mentale.

2. Créer du lien est déjà une action de santé

Les temps conviviaux, les rencontres informelles et les espaces d'échange entre professionnels apparaissent comme des leviers simples mais efficaces pour lutter contre l'isolement et favoriser le bien-être au travail.

3. Adapter les actions aux besoins du territoire est indispensable

L'enquête préalable et l'évaluation continue des actions permettent d'ajuster les formats proposés et d'identifier les leviers de mobilisation les plus pertinents pour les professionnels.

Freins ou points de vigilance

- Difficulté à mobiliser les professionnels sur des actions qui leur sont destinées.
- Contraintes de temps et de disponibilité des soignants.
- Risque de faible participation malgré l'intérêt du sujet.
- Nécessité d'adapter en permanence les formats proposés aux attentes des professionnels.
- Difficulté à mesurer l'impact à long terme des actions sur la santé des soignants.

Débat ou question marquante

Les échanges ont porté sur les leviers permettant de favoriser la participation des professionnels aux actions de prévention qui leur sont destinées.

Plusieurs participants ont partagé leurs expériences autour des formats les plus mobilisateurs, de la place des temps conviviaux dans les CPTS et de l'équilibre à trouver entre actions de prévention, formations et moments d'interconnaissance.

Les discussions ont également mis en évidence l'importance d'évaluer les actions menées afin de mieux comprendre les attentes réelles des professionnels et d'éviter de construire des dispositifs déconnectés de leurs besoins.

Perspectives

Poursuivre l'évaluation des besoins des soignants

Mieux comprendre les attentes et les freins rencontrés par les professionnels afin d'adapter les actions proposées.

Développer les actions favorisant l'interconnaissance

Continuer à créer des espaces de rencontre et d'échange permettant de rompre l'isolement et de renforcer les liens entre professionnels du territoire.

Diversifier les formats proposés

Expérimenter de nouvelles actions en tenant compte des retours des participants et des facteurs de réussite identifiés lors des premières expériences.

Partager les outils et retours d'expérience

Favoriser la diffusion des ressources produites par les CPTS et les partenaires afin d'encourager le développement d'actions similaires sur d'autres territoires.

Message de l'atelier

Prendre soin des soignants, c'est aussi prendre soin du système de santé.

Chiffre clé

56,9 % des soignants déclarent souffrir d'un burn-out, selon les données présentées durant l'atelier.

60 % des soignants souffrent régulièrement de douleurs chroniques, soit deux fois plus que dans la population générale.

« La santé des soignants est altérée : un soignant qui va mal ne pourra pas effectuer son travail correctement et/ou dans de bonnes conditions. Comprendre les déterminants et problématiques de santé des soignants est nécessaire pour mettre en œuvre des actions et dispositifs adaptés. Adapter les actions et dispositifs existants et aider à en développer de nouveaux après la prise en compte des freins et leviers perçus par la population cible. »



RETOUR DES QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION

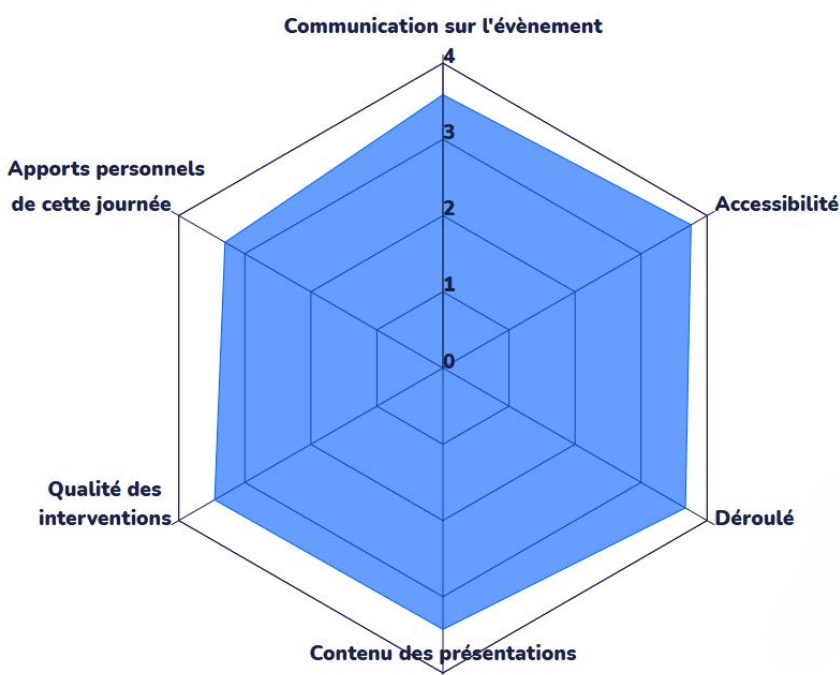


Pour les ateliers :

- Niveau de satisfaction moyen : **5,4/6**
- Les sujets abordés représentent un réel enjeu sur les territoires : **5,3/6**
- Des apports concrets et opérationnels : **5,4/6**

Pour le colloque :

Niveau de satisfaction globale du colloque :



CARTE DE CONTACT DES CHARGÉS DE MISSIONS

Pascal POUSSE
p.pousse@agoralib.org
06 42 49 67 76

Morgane COUSIN
m.cousin@agoralib.org
06 44 36 87 68

Maureen CLERGEAU
m.clergeau@agoralib.org
06 44 35 21 85

Yoann BAIDEZ
y.baidez@agoralib.org
06 44 35 39 87

Thibaut SOMMACAL
t.sommacal@agoralib.org
06 38 20 07 03

En cours de recrutement

Isabelle HALLAK
i.hallak@agoralib.org
06 31 86 38 31

Géraldine GOULINET-FITÉ
Directrice régionale
g.goulinet-fité@agoralib.org
06 44 36 87 30

Chloé MONDOLFO
c.mondolfo@agoralib.org
06 44 35 21 08

Marion LABOUYRIE
Chargée d'ingénierie pédagogique
m.labouyrie@agoralib.org
06 44 36 87 30

Claire DELTENRE
c.deltenre@agoralib.org
07 88 94 64 21

Secrétariat administratif
En cours de recrutement
secretariat@agoralib.org