

RAPPORT

Journée scientifique SFTG 2024

Samedi 28 septembre 2024

THEME : RECHERCHE & CPTS

- Recherche sur les CPTS /
Recherche dans les CPTS :
 - Enjeux
 - Objectifs
 - Méthodes



METHODE

L'ensemble de l'enregistrement audio de la journée a été retranscrit mot à mot. Le corpus (pages 11 à 74) a été modifié de façon minimale, uniquement pour faciliter la lecture et la compréhension. Les modifications figurent entre parenthèses. Un résumé de la retranscription de chaque intervention a été rédigé. Chaque résumé, a été validé par le/les intervenant(s) correspondant(s).

Pour permettre une lecture rapide nous avons regroupé les résumés au début du rapport (pages 4 à 10).

La retranscription des échanges (questions réponses) s'est avérée impossible à résumer. Il nous semble que ces échanges méritent d'être lus in extenso, particulièrement ceux qui ont suivi la table ronde. Plusieurs intervenants ayant accepté que leurs diaporamas soient diffusés, ceux-ci ont été ajoutés à la suite du rapport.

Ce document a été élaboré par Mathilde Hec (DMG Sorbonne Université), Isabelle de Beco (SFTG) et Hector Falcoff (SFTG Recherche).

ABREVIATIONS

AAP : Appel à Projet	EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
ACI : Accord conventionnel interprofessionnel	ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
APA : Activité Physique adaptée	FCPTS : Fédération des CPTS
ARS : Agence Régionale de Santé	GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire
ARSIF : Agence Régionale de Santé Ile de France	GIRCI : Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation
CCAS : Caisse centrale d'activités sociales	GT : Groupe de Travail
CDS : Centre de santé	ICOPE : Integrated Care for Older People
CH : Centre hospitalier	IDE : Infirmière Diplômée d'État
CHU : Centre hospitalo-universitaire	IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
CIC : Centre d'Investigation Clinique	INDS : Institut National des Données de Santé
CRIFE : Conventions Industrielles de Formation par la Recherche CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie	IPA : Infirmière de Pratique Avancée
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants	IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé	ISPA : Institut de Soins Primaires Ambulatoires
CooPereS : Coopérations de recherche en santé	KB : Kremlin-Bicêtre
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination	LUMEN : Lille University ManageMENT
DD : Direction Départementale	MG : Médecine générale
DES : Diplôme d'Études Spécialisées	MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins	ODT : Outils de Diagnostic Territorial
DPC : Développement professionnel continu	PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
DPPC : Département des Patients atteints de Pathologies Chroniques	PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
DMG : Département de Médecine Générale	PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer	PHRIP : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
DRCI : Délégations de Recherche Clinique et de l'innovation	PREPS : programme de recherche sur la performance du système des soins
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques	PRME : Programme de recherche médico-économique
DU : Diplôme universitaire	ReSP-Ir : Recherche en Soins Primaires Interrégional
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale	RGPD : Règlement général sur la Protection des Données
EHES : École des hautes études en sciences sociales	SNDS : Système national des données de santé
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	UPEC : Université Paris Est Créteil
	URPS : Union régionale des professionnels de santé
	UVSQ : Université Versailles Saint-Quentin

PROGRAMME JOURNEE SCIENTIFIQUE | RECHERCHE ET CPTS

PRÉAMBULE	2
Méthode.....	2
Abréviations	2
RESUME DES INTERVENTIONS	4
Premiers résultats de l'enquête « État des lieux de la recherche sur / dans les CPTS »	4
Quels territoires pour les CPTS ? Regards croisés d'une géographe et d'une sociologue.....	4
Structuration minimale des données, un préalable à toute recherche quantitative sur les CPTS.....	5
Freins et leviers à l'adhésion à une CPTS : une typologie des professionnels (Programme CAPITALES)	5
CPTS et observatoire des ruptures de parcours : un projet de recherche ancré sur une étude de terrain	6
Innovation pluriprofessionnelle dans la prise en charge du prédiabète et évaluation de cette innovation.	7
TABLE RONDE	7
Quelles propositions opérationnelles pour la structuration et le développement de la recherche sur/dans les CPTS ?.....	7
RETRANSCRIPTION INTEGRALE DES INTERVENTIONS & ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS	10
Préambule : Discours de présentation de la Journée.....	10
Intervention 9h30 : Premiers résultats de l'enquête « État des lieux de la recherche sur / dans les CPTS »	11
Échanges avec les participants :	13
Intervention 10h15 : Quels territoires pour les CPTS ? Regards croisés entre une géographe et une sociologue.....	17
Échanges avec les participants	19
Intervention 11h30 : Structuration minimale des données, un préalable à toute recherche quantitative sur les CPTS.....	23
Échanges avec les participants	25
Intervention 12h15 : Freins et leviers à l'adhésion à une CPTS - une typologie des professionnels (Programme CAPITALES)	27
Échanges avec les participants	30
Intervention 14h00 - CPTS et observatoire des ruptures de parcours : un projet de recherche ancré sur une étude de terrain.....	33
Échanges avec les participants	34
Intervention 14h45 : PREDIAB-COACH. Innovation pluriprofessionnelle dans la prise en charge du prédiabète et évaluation de cette innovation.	37
Échanges avec les participants	38
Intervention 15h45 : Table ronde : quelles propositions opérationnelles pour la structuration et le développement de la recherche sur/dans les CPTS ?	41
Échanges avec les participants	49

Premiers résultats de l'enquête « État des lieux de la recherche sur / dans les CPTS »

Hector Falcoff (SFTG Recherche), Jean Marc Franco (FCPTS)

Cette enquête menée de juillet à septembre 2024 grâce à un questionnaire en ligne adressé à l'ensemble des CPTS avait pour objectif de décrire les activités de recherche dans/sur les CPTS. Nous avons recueilli des réponses complètes de 145 CPTS. Seules 21% des CPTS répondantes sont ou ont été impliquées dans un ou plusieurs projets de recherche, sur des thèmes et avec des méthodes très divers. Au total 36 projets de recherche ont été mentionnés ; 14 seulement ont bénéficié d'un financement spécifique, dont 6 dans le cadre d'appels à projet RESPIR. une ou plusieurs thèses de médecine ont été réalisées dans 34% des CPTS répondantes. un accompagnement par des chercheurs ou des universitaires, dont les départements universitaires de médecine générale, est souhaité par 23% des répondants.

Les principaux obstacles à une implication dans des activités de recherche exprimés par les répondants sont le manque de temps, une culture de la recherche insuffisante, l'absence de financement et la complexité des aspects réglementaires des projets de recherche. les répondants ont évoqué des leviers pour implanter la recherche dans les CPTS : créer un comité recherche ou au moins avoir un référent recherche par CPTS, avoir un lien formalisé avec un laboratoire de recherche, un département de médecine générale, ou plus globalement l'Université. le souhait que quelques professionnels de la CPTS bénéficient d'une formation à la recherche a été exprimé par 21% des répondants.

Au total il semble possible de créer une « avant-garde » comprenant environ 20% des CPTS endossant une mission recherche, et constituant collectivement un laboratoire produisant des connaissances sur l'organisation territoriale des soins.

Quels territoires pour les CPTS ? Regards croisés d'une géographe et d'une sociologue

Cécile Fournier (sociologue, médecin de santé publique, IRDES), Véronique Lucas-Gabrielli (géographe, IRDES)

Cette intervention commence par définir la notion de territorialisation (adapter les politiques publiques nationales à la spécificité du local) et en faire un bref rappel historique des années 70 à nos jours.

Sont décrites ensuite brièvement, les mesures qui depuis la fin des années 2000 concernent les soins primaires, prenant la forme d'expérimentations construites « par le bas » avec les professionnels de santé (MSP...).

Les tutelles (ARS et Assurance Maladie) sont dans une posture non pas de contrôle mais d'accompagnement. Est ensuite exposée l'émergence des CPTS et la place centrale de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. le déploiement des CPTS ouvre de nombreuses questions de recherche sur les rôles et la vision des acteurs, sur les délimitations des territoires, sur les projets, le travail et les effets des CPTS dans les territoires. Il est nécessaire d'avoir une variété d'approches disciplinaires, articulables, selon des méthodes et des collaborations à construire. Certains objectifs de recherche sont inscrits dans le plan 100% CPTS, à travers 2 leviers : intégrer les CPTS dans l'observatoire de l'exercice coordonné et développer la recherche et l'innovation en soins primaires. le cadre est large et les CPTS y sont pensées comme « vecteur d'une recherche organisée, pilotée, et promue en s'intégrant notamment aux réseaux territoriaux de recherche ». les méthodes intéressantes à mobiliser sont celles de la recherche sur les services de santé.

Ce sont des recherches qui gagnent à être interventionnelles (à proposer des interventions pour répondre à un problème de santé, et à en suivre le processus et les effets) et participatives (coconstruites avec les différentes parties prenantes des CPTS).

Des questions restent ouvertes : jusqu'où va le rôle des chercheurs ? Où commence celui des professionnels ?

De la population ? des tutelles et des politiques ? Quelles collaborations construire localement et au niveau national ? Quelles ressources pour financer ces recherches ? Quelles données, qualitatives et quantitatives, faudra-t-il rassembler ?

Structuration minimale des données, un préalable à toute recherche quantitative sur les CPTS

Julien Mousquès (IRDES)

Les CPTS étant à l'initiative de volontaires, toute évaluation de ce qu'elles produisent doit prendre en compte les biais de sélection. Il est nécessaire de construire des dispositifs qui permettent d'avoir des points de comparaison.

Deux points de comparaison importants sont le temps (quelles sont les dynamiques avant et après), et les points de référence (événements différents, leur devenir, leur évolution...). Il est indispensable de documenter les interventions (objectifs, bénéficiaires, résultats, ressources consommées) et les pratiques des incitations financières internes (pratiques, usages, montants). de plus il y a des attendus spécifiques autour de la notion d'intégration/coordination : y a-t-il réduction des coûts de transaction ? quelles sont les externalités produites par l'intégration ? quelles relations d'agence et quelles incitations : pour engager des acteurs dans des directions d'intérêt commun ?

Quels besoins en matière de données ? Aujourd'hui, il n'existe pas de base de données de sondage accessible à la recherche sur les CPTS. L'Assurance Maladie refuse à l'heure actuelle de donner accès à ces données hors SNDS.

Il faut donc construire des opérations d'enquête permettant de documenter ces organisations et les types de mécanismes à l'œuvre.

Des travaux ont montré comment associer ces démarches d'analyse sociologique, géographique, économique, de recueil de données qualitatives, d'enquêtes, de stratégies quasi-expérimentales. Ils montrent la capacité à observer, qualifier, estimer des effets. Il faut avoir l'ambition d'une stratégie de recherche associant les questions des données à collecter, des collaborations à construire et des infrastructures de recherche à monter.

Freins et leviers à l'adhésion à une CPTS : une typologie des professionnels (Programme CAPITALES)

Laura Moscova (DMG UPEC), Jacques Cittée (DMG UPEC, Vice-Président de la Fédération des Maisons de Santé en Île-de-France), Julien le Breton (UPEC, SFMG)

Le projet CAPITALES vise à décrire et comprendre les processus d'émergence des CPTS et les transformations des pratiques coopératives dans le cadre des CPTS franciliennes (77, 91, 93, 94), tant du point de vue des acteurs que des territoires. Il est porté par le DMG de l'Université Paris Est Créteil (UPEC et son association de recherche, en partenariat avec le laboratoire de géographie de la santé (Lab'Urba) et le DMG de l'UVSQ. Le projet est financé dans le cadre d'un PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du Système des soins) à hauteur de 170 000€.

Les méthodes mobilisées comprennent des approches territoriales (s'appuient sur les CPTS franciliennes rattachées à l'UPEC et UVSQ) et des approches socio-professionnelles. Il s'agit d'études de cas multisites, d'études qualitatives en focus group, d'entretiens individuels, d'études quantitatives (questionnaires), de revues de la littérature (pour comprendre à quoi rattacher ces objets au niveau international).

Les résultats intermédiaires présentés ici portent sur les motivations et les freins des médecins généralistes (5 focus groupes, 59 médecins généralistes) et des infirmières (3 focus groupes, 16 infirmières) à adhérer et participer à une CPTS. la présentation détaille les espoirs et les craintes des participants. les CPTS sont perçues comme une organisation encourageante mais incertaine, assez mobilisante. L'engagement est inégal entre les acteurs qui sont partagés entre optimisme et scepticisme : participer aux transformations tout en conservant son indépendance, avec un risque de déception face aux résultats. Il ressort un besoin de compréhension, de simplification et de reconnaissance.

La présentation discute le biais de sélection d'une partie des participants, en rapport avec leurs liens académiques.

CPTS et observatoire des ruptures de parcours : un projet de recherche ancré sur une étude de terrain

Par Frédéric Kletz (Mines Paris - PSL), Isabelle Aubert (Université de Lille - LUMEN)

Partant du constat que, malgré une montée en puissance de la logique de parcours, on assiste toujours à des ruptures dans la prise en charge des patients avec des conséquences souvent délétères, la présentation porte sur la place des CPTS dans les parcours : en quoi les CPTS peuvent-elles être des acteurs de pilotage ou de capitalisation des parcours ?

Deux études sont évoquées :

La première porte sur la place des outils numériques dans la coordination des parcours, à travers l'exemple de l'utilisation de l'outil de partage et d'échanges d'informations Terr-esanté, dans le cadre du projet e-parcours. La place des CPTS dans ce projet, en Ile-de-France tout du moins, devait être centrale : coordination dans le pilotage, diagnostic territorial, construction des parcours, initiation de nouvelles expérimentations/actions notamment avec l'hôpital. Le projet a rencontré des difficultés, conduisant à l'abandon de Terr-esanté. Ce résultat est pour partie dû à des difficultés informatiques, mais aussi au fait que l'ensemble de acteurs n'avait pas encore le niveau de maturité pour s'inscrire dans cette démarche.

La seconde étude évoquée porte sur l'apport de la mise en place d'un observatoire des ruptures de parcours. Souvent multi-causales et d'installation parfois progressive dans le temps, les ruptures de parcours sont des situations complexes à analyser, qui échappent à un traitement standardisé. En Ile de France (comme dans d'autres régions), des dispositifs d'observatoire des ruptures de parcours ont été créés par des DAC, à des fins de connaissance et d'analyse des ruptures, et de mise en place d'actions préventives ou correctrices. Ces initiatives spontanées ont été encouragées par le ministère de la santé, et ont reçu le soutien de l'ARS en Ile-de-France. Elles génèrent un double questionnement : quelles sont les modalités et les effets du déploiement de ces observatoires dans les territoires ? Quelle place pour les CPTS dans les observatoires ? Ces questions revêtent une double dimension, opérationnelle et de recherche. Les orateurs présentent l'exemple de fonctionnement de l'observatoire de Seine-et-Marne, co-porté par les deux DAC du département et la DD de l'ARS. Les réunions (six sur une année) sont consacrées à l'analyse partagée de situations de rupture apportées par les DAC, suivie le plus souvent de préconisations. Les orateurs exposent deux situations à titre d'exemples, puis analysent les apports (gains d'efficacité pour le DAC, gain de connaissance et de pertinence pour la DD) et les limites (nombre limité de situations analysées, nécessité d'élargir à d'autres acteurs, et attente d'une doctrine régionale) de la démarche.

En conclusion, l'observatoire peut contribuer aux missions de la CPTS au niveau opérationnel (source d'informations sur les difficultés de la prise en charge, aide à la définition des priorités, renforcement des collaborations) mais également au niveau recherche. Ses données sont en particulier utilisables pour différents objectifs : alimenter le volet qualitatif des études sur les parcours et l'impact des CPTS sur l'évitement ou la gestion des ruptures ; analyser les articulations entre DAC et CPTS, CPTS et autorités de tutelle ; analyser le rôle de certains acteurs dans les prises en charge (métiers émergents comme les Infirmiers en Pratique Avancée par ex.).

Innovation pluriprofessionnelle dans la prise en charge du prédiabète et évaluation de cette innovation.

Sébastien Leruste (CPTS Grand Sud Réunion) et Jean-Marc Franco (Secrétaire adjoint de la FCPTS, chargé d'animer les CPTS ultra-marines)

Le prédiabète et le diabète de type 2 constituent un problème de santé publique majeur à la Réunion.

Un suivi de cohorte (Prédiab RUN) a démarré en 2019, visant à repérer les prédiabétiques sur 5 ans et à les suivre pour connaître les déterminants de la transition du prédiabète au diabète. L'étude était portée par le CHU et impliquait le DMG. Elle était financée par des fonds européens. Un des résultats de l'étude concernait les pratiques des médecins généralistes, qui utilisaient peu les outils de repérage (FindRisk) et étaient demandeurs de formation. La CPTS Grand Sud Réunion (3 communes, 55000 habitants) s'est créée dans ce contexte et a choisi parmi ses axes de travail la sensibilisation des prédiabétiques aux mesures hygiéno-diététiques. Le parcours (ETP diététique et activité physique) a été élaboré dans une approche pluriprofessionnelle et avec l'ARS. La première étape était le repérage des patients pré-diabétiques en utilisant FindRisk.

Dans un deuxième temps est venue l'idée de greffer un projet de recherche (Prédiab COACH) sur cette action de la CPTS. Il s'agit d'une étude interventionnelle randomisée, chez les prédiabétiques repérés, pour évaluer l'apport d'un coaching par SMS (un bras avec et un bras sans coaching). Le critère de jugement est la perte de poids. Toutes les CPTS de la Réunion ont accepté de participer au projet. Le projet de recherche est « nichée » dans l'action des CPTS sur le prédiabète, ce qui a contribué à son appropriation par les professionnels de santé, dans une approche de type recherche action. L'étude est en cours. Elle bénéficie d'un financement de 278 000 €, dans le cadre de l'AAP RESPIR.

Quelles propositions opérationnelles pour la structuration et le développement de la recherche sur/dans les CPTS ?

Intervenants :

Patrick Hassenteufel, Professeur en science politique, Université Paris-Saclay (UVSQ) et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, spécialiste des questions de l'organisation des soins

Pascal Clerc, médecin généraliste, enseignant universitaire au département de MG et spécialiste en soins primaires à la SFMG

Lionel Da Cruz, chef du bureau de l'Organisation et du financement de la Recherche, pôle recherche accès et innovation à la DGOS

Teddy Leguillier, conseiller scientifique au Bureau R1 de la DGOS

Koré Mognon, médecin généraliste et directeur adjoint de l'offre de soins à l'ARS Ile de France

Yann Bourgueil, médecin de santé publique, Direction des Assurés, Département des Patients atteints de Pathologies Chroniques (DPPC), CNAM

Table ronde animée par Antoine de Beco

Patrick Hassenteufel (Professeur de science politique), considère que les CPTS ouvrent la perspective d'une politique publique construite collectivement par des acteurs multiples et qui ne sont pas forcément des établissements ni des acteurs étatiques. Les CPTS ont vocation à intégrer non seulement les professionnels de santé mais aussi les représentants des patients, les collectivités territoriales et d'autres institutions. Il retient plusieurs idées fortes de cette journée :

- C'est aux acteurs locaux de construire un territoire qui n'est pas prédéfini par les pouvoirs publics ;
- Les acteurs définissent les enjeux de santé du territoire, dans une logique de santé populationnelle et non uniquement de soins aux individus ;
- Cela aboutit à une différenciation des territoires, ce qui peut avoir des aspects positifs (adaptation aux spécificités territoriales) mais aussi négatifs, en creusant des inégalités territoriales si les CPTS les plus dynamiques se développent dans les territoires les plus favorisés ;
- Chaque CPTS dispose au départ d'un « capital collaboratif » qui va influencer sur sa mise en place et son développement, et ce capital est fortement lié à une histoire territoriale antérieure à la CPTS.

Les CPTS comme objet de recherche sont susceptibles de questionnements dans une perspective de science politique et d'analyse des politiques publiques.

Pascal Clerc (médecin généraliste universitaire et chercheur) considère que trop peu de médecins généralistes (des « militants ») ont une culture de la recherche, et perçoivent les apports de l'économie de la santé, la sociologie de la santé, la géographie de la santé. Ces apports aident à comprendre qu'on ne peut pas améliorer la qualité des soins dans son cabinet sans s'occuper de l'organisation des soins.

La découverte de ce qu'est une démarche de recherche arrive beaucoup trop tard dans le cursus des étudiants, avec la thèse (pour les médecins). Les militants de la recherche, les académiques, les médecins impliqués dans des sociétés scientifiques doivent « embarquer » systématiquement des internes dans leurs projets.

Les CPTS sont des terrains favorables, d'une part parce qu'on y développe des protocoles, on y mène des expérimentations, on doit évaluer ce qu'on fait, et d'autre part parce qu'on y trouve des maîtres de stage et des internes.

On peut proposer à un maître de stage d'apprendre à diriger des thèses en commençant par une codirection avec quelqu'un d'expérimenté. On peut également accompagner des professionnels de santé non-médecins dans des démarches de recherche en soins primaires. Les mots clés sont toujours la découverte, l'accompagnement, l'échange.

Pour Koré Mognon (médecin généraliste, ARS Ile de France) il y avait un chaînon manquant entre les acteurs de terrain et l'État au sens large, les collectivités, les ARS, l'Assurance Maladie... les CPTS sont venues combler ce vide. Les CPTS permettent aussi de détruire une muraille, petit à petit avec l'hôpital. Aujourd'hui les échanges sont plus fréquents et plus faciles entre la ville et l'hôpital, grâce aux CPTS, et à tous les acteurs de l'exercice coordonné, MSP, Centres de santé, équipes de soins primaires.

Que peut apporter l'ARS ? la recherche n'est pas une de ses compétences. Mais l'ARS peut impulser, conseiller, accompagner, faire du lien, y compris avec les structures académiques et de recherche. Sans vouloir aller trop vite ni trop loin dans la recherche, il faudrait commencer par développer une culture de l'évaluation des actions. Est-ce que le programme que j'ai mis en place a un impact pour les professionnels, et surtout pour les patients ? Il faut développer la recherche action. Et regarder ce que d'autres font, partager ce qui marche. L'ARS joue aussi un rôle à ce niveau de la diffusion. L'ARS Ile de France tient à jour une cartographie des CPTS avec toutes leurs actions.

Pour Koré Mognon passer au niveau de la recherche nécessite des moyens humains et des outils, notamment numériques. Le concept de « référents recherche » lui semble intéressant.

L'ARS va soutenir le futur Institut en soins primaires et ambulatoires qui devrait offrir un appui méthodologique pour toutes les CPTS et tous les acteurs qui veulent aller vers la Recherche.

Lionel Da Cruz (DGOS, Bureau de l'Organisation et du Financement de la Recherche) fait le bilan de l'appui financier de la DGOS à la recherche en soins primaires. Tout d'abord il y a l'appel à projets national RESPIR (Recherche en Soins Primaires), depuis 2021, qui est doté de 10 M€ par an. On constate un fort taux de croissance du nombre de projets déposés. Lors de la dernière édition, sur 42 projets retenus des CPTS étaient impliquées dans 32, montrant bien que les CPTS sont déjà un acteur important de la recherche en soins primaires.

Les CPTS peuvent être impliquées dans d'autres appels à projets recherche de la DGOS : Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS), Programme de recherche médico-économique (PRME), Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP).

La DGOS a lancé en 2024 un appel à manifestation d'intérêt « Coopérations de recherche en santé » (CooPereS). Le but était d'aider à la structuration de la recherche dans les territoires, essentiellement pour des petits établissements de santé mais également pour fédérer un certain nombre d'acteurs dont les CPTS. Un des lauréats est le projet Comete (Coopération méditerranéenne pour le développement de la recherche clinique en territoire), porté par le CH de Béziers, dans lequel la CPTS de l'Hérault est un acteur important.

Enfin Lionel Da Cruz mentionne que

- les Centres d'Investigation Clinique (CIC), structures hospitalières, ont maintenant un domaine de compétences sur la recherche en soins primaires.
- F-Crin (French Clinical Research Infrastructure Network), infrastructure de recherche portée par l'Inserm, va allouer des moyens importants à un réseau de recherche en soins primaires.

Teddy Leguillier (conseiller scientifique DGOS) évoque une enquête menée par la DGOS auprès des fédérations, des maisons de santé, des CPTS, des CDS, des collèges ordinaires et des collèges professionnels.

À la suite de cette enquête la DGOS envisage la création d'une Fédération de la recherche en soins primaires qui représente l'ensemble des acteurs de ce champ. Cette instance représenterait les soins primaires au niveau du COPIL Recherche et Innovation mis en place par la DGOS pour faire remonter les besoins de terrain et lancer une dynamique de recherche. La DGOS envisage également de référencer dans les CPTS les actions de recherche en s'articulant avec les ARS et la CNAM. Enfin, une fois l'état des lieux fait et les besoins évalués se posera la question du financement.

Pour mener ces actions un groupe de travail dédié à la recherche en soins primaires, avec l'ensemble des acteurs, a été annoncé par la cheffe du pôle Recherche et innovation de la DGOS.

Qui dit recherche dit formation, et libération de temps médical, paramédical, médico-social. Il va falloir construire un plan de formation, dans lequel les GIRCI ont un rôle à jouer pour la formation à la recherche clinique.

Pour Yann Bourgueil (CNAM) cette journée est très importante, parce qu'on se pose enfin la question de produire de la connaissance sur les CPTS et sur ce qui se passe dans les CPTS. C'est absolument essentiel. Qu'est-ce qu'elles produisent, comment sont-elles organisées ? la mutation culturelle qu'on demande au secteur ambulatoire, est majeure : s'organiser collectivement entre professionnels principalement libéraux pour remplir des missions de service public. Il s'agit de travailler ensemble, de définir les règles ensemble, de créer des organisations, de gérer de la ressource, de recruter du personnel...

La CNAM élabore des outils qui visent à améliorer le système de soins et à le rendre plus efficient, et qui peuvent aider à la réflexion des professionnels et à la structuration de leur action collective : PRADO, Sophia, les Outils de Diagnostic Territorial (ODT). Il y a également des réflexions sur les parcours, sur les stratégies de prévention et de dépistage à déployer dans les territoires. Yann Bourgueil observe que les universitaires et les sociétés savantes de spécialité travaillent depuis longtemps avec l'Assurance Maladie, construisent des dispositifs, les évaluent et publient. Mais pas les médecins généralistes...

Pour Yann Bourgueil il y a beaucoup de convergence entre les intérêts et les programmes nationaux envisagés par la CNAM et les préoccupations locales des CPTS. Il faudrait créer des espaces de dialogue soutenus, se servir du cadre éthique de la recherche (explicitation des objectifs, des méthodes et discussion contradictoire des résultats) pour organiser et créer des débats, discuter des pratiques que développe l'administration d'un côté, les pratiques émergentes des professionnels de l'autre, pour essayer de réussir ensemble.

Préambule : Discours de présentation de la Journée

Par Gladys IBANEZ Présidente de la SFTG Recherche.

Bonjour chers collègues et chers partenaires,

C'est un grand plaisir de vous accueillir aujourd'hui tous ensemble pour une journée sur la thématique des CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

La SFTG et la SFTG Recherche ont une activité scientifique depuis longtemps.

Nous sommes à la 12^{ème} Journée Recherche annuelle de la SFTG. Celle-ci est un peu particulière en raison de son envergure un peu différente des autres années ; elle dépasse largement le cadre « sftgiens », et nous en sommes très heureux ; cela regroupe aussi les enjeux qu'il y a autour de ces questions.

C'est une journée marquée par une double dynamique : celle de travailler sur les actions, ce qui se passe de manière concrète dans les CPTS, et de regarder aussi leur fonctionnement, les enjeux et les défis auxquels elles sont confrontées et donc avoir un regard « positivement critique » sur ces structures et réfléchir ensemble à tout cela.

Je voudrais remercier les personnes qui nous soutiennent sur cette journée. :

Elle a bénéficié du soutien financier du GIRCI Île de France qui a permis cette envergure assez exceptionnelle cette année ; nous avons bénéficié du soutien du Concours Pluripro ; et cette journée est réalisée avec nos partenaires : la FCPTS, la SFMG, le CNGE et l'Institut François Rey ; nous sommes aussi, comme chaque année, chaleureusement accueillis dans les locaux de la Revue Prescrire.

Bien sûr cette journée n'aurait pas pu être organisée sans le « staff de la SFTG » : je remercie tout particulièrement Stéphane, Marie, Anastasia, Victor, Hector le chef d'orchestre de la journée, Antoine l'animateur...

Au menu :

- Vous allez voir sur les programmes que de nombreux travaux vont vous être présentés par des professionnels et des chercheurs de différents horizons : nous allons voyager en France métropolitaine et à la Réunion.
- Nous aurons une belle table ronde cette après-midi avec les institutions qui nous soutiennent : la DGOS, l'Assurance Maladie, l'ARS

Nous ne pourrions pas tout montrer aujourd'hui : la recherche sur les CPTS, ce sont aussi des projets qui sont soumis chaque année aux différents GIRCI, c'est aussi beaucoup de dynamiques des différents réseaux et instituts qui se mettent en place au niveau national et j'espère pouvoir vous en parler dans les années à venir.

Pour cette journée je vous souhaite de profiter des réflexions communes pour renforcer les CPTS et le service rendu à la santé des populations.

Intervention 9h30 : Premiers résultats de l'enquête « État des lieux de la recherche sur / dans les CPTS »

Par Hector Falcoff (SFTG Recherche), Jean Marc Franco (FCPTS).

Diapositives

L'intervention s'est appuyée sur les diapos 2 à 25 du document annexé au présent rapport.

Intégrer le diaporama ou faire un lien ?

Cette première intervention a pour objectif de faire un « état des lieux » de cette question, le premier à la connaissance d'H. Falcoff : **la recherche et les CPTS.**

Pourquoi cette enquête ?

Les CPTS constituent un espoir, elles dynamisent le territoire : en juin 2024, on compte **835 CPTS dont 567 ont signé l'ACI**. L'Assurance Maladie investit plus de 120 millions d'€ par an, c'est un investissement important. C'est une bonne chose mais qui nécessite naturellement de rendre des comptes.

Concernant l'activité de recherche, elle semble réduite. Au CMGF 2024 il y a quelques interventions sur l'interprofessionnalité mais presque rien sur les CPTS ; au congrès du CNGE 2023, les CPTS étaient absentes du programme. Si on cherche « CPTS » dans PubMed, on trouve 15 ou 16 articles plutôt dans des revues de soins infirmiers, pas vraiment de projets de recherche, excepté un essai randomisé fait dans une CPTS.

Pourtant les CPTS offrent un terrain propice à la recherche : recherche sur les populations, l'épidémiologie, la clinique... il est possible de **profiter de l'écosystème des CPTS** pour faire de la recherche **dans les CPTS**. En même temps il y a la question de la **recherche sur les CPTS** : leur émergence, leur développement, leur organisation, ce qu'elles produisent (accès aux soins, coordination, équité des soins, qualité, impact sur les populations).

Notre question était donc : dans quelle mesure les CPTS sont impliquées dans la recherche, avec quels partenaires, quels financements, quels obstacles, quels facteurs facilitants, quels besoins d'accompagnement ? ...

Avec un petit groupe d'une dizaine de personnes de toutes les structures intervenant dans la journée, nous avons développé un questionnaire, et nous l'avons testé dans 3 ou 4 CPTS. Il était assez long pour récupérer un maximum d'informations. Il a été mis en ligne début juillet grâce à A. Questiaux (SFTG).

Cela a bien marché :

- Il y eut un vrai intérêt à en juger par le nombre de connexion même si les questionnaires n'étaient pas toujours remplis ;
- Du 8 juillet au 21 septembre nous avons recueilli 166 questionnaires complets. Il y avait 21 doublons (avec parfois des réponses contradictoires pour une même CPTS !) faisant penser qu'il n'y a pas toujours beaucoup de communication interne dans certaines CPTS.

⇒ **Au total : à ce jour nous avons des réponses complètes provenant de 145 CPTS.**

Qui a répondu ?

Deux fois sur 3 le questionnaire a été renseigné par un médecin (le plus souvent le président de la CPTS) ou un membre de l'équipe de coordination.

La distribution géographique des CPTS répondantes montre une forte réponse en Nouvelle Aquitaine, Rhône Alpes, Paris, et des « trous » en Bretagne, Normandie, Hauts de France, Occitanie...

Il y a eu des réponses de CPTS de toute taille avec surtout des tailles 2 et 3, peu de CPTS de taille 4 (10%).

88% des CPTS répondantes ont au moins une MSP sur leur territoire et 49% ont au moins un Centre de Santé

Coopération entre CPTS, DMG, unités de recherche, services hospitaliers : 49 % des CPTS disent avoir un lien avec une de ces structures : essentiellement les DUMG (53), unités de recherche (15), organisations facilitant les recherches dans les hôpitaux (15), moins souvent services de médecine clinique, instituts de formation (kinés, infirmiers, etc.). une seule CPTS mentionne une convention formelle entre DUMG et CPTS.

Souhait d'accompagnement par des chercheurs ou des universitaires sur certaines actions : Oui à 23%, pour à peu près toute activité nécessitant une formation, accompagnement pour la mise en place de soins non programmés, mise en place d'activités physiques adaptées... Accompagnement souhaité pour protocoliser et évaluer

Des thèses de médecine ont été réalisées dans 34% des CPTS répondantes : 1 thèse dans 22 CPTS, 2-3 thèses dans 16 CPTS, 4 thèses ou plus dans 10 CPTS.

Trente-six projets de recherche ou des recherches en cours ou passées sont déclarées par 31 CPTS répondantes (21%). la majorité déclare un seul projet. Huit projets concernent un collectif inter CPTS.

Les Thèmes des recherches sont très divers et concernent l'organisation territoriale, la prévention et le dépistage, y compris le dépistage des fragilités (ICOPE est mentionné plusieurs fois), les pathologies chroniques, la qualité, la sécurité et équité des soins. A noter un essai randomisé sur la kinésithérapie dans la bronchiolite. Certains des projets concernent la recherche « défensive » visant à documenter les demandes abusives, les tâches chronophages...

Les Méthodes mobilisées par ces recherches sont variées : études d'observation, d'intervention, études mixtes qualitative/quantitative, recherche-action

La recherche action pourrait être une méthode intéressante pour impliquer réellement les acteurs des CPTS dans la recherche.

Financements : seulement 17 projets sur les 36 mentionnés bénéficient d'un financement, dont 3 « sur fonds propres » (à savoir le financement ACI) et 14 financements spécifiques, dont 6 projets RESPIR.

Les principaux obstacles à l'implication dans la recherche mentionnés sont : le manque de temps, une « culture de la recherche » insuffisante, la complexité de mettre en place un projet de recherche et d'être promoteur, les questions réglementaires (RGPD, CNIL, CPP) et l'absence de rémunération.

Plusieurs leviers pour impliquer les CPTS dans la recherche ont été mentionnés : l'organisation et à la composition de la CPTS (ex : avoir un comité recherche ou référent) ; le fait d'être un site de stage pour des internes de médecine générale, de Santé Publique, des M2, des jeunes en service sanitaire ; la formalisation d'un lien entre CPTS et DMG, Université, laboratoire de recherche ; l'obtention d'un financement ; la formation à la recherche et à la direction des thèses ; la mise en commun des systèmes d'informations entre CPTS.

Un levier important tient au type de projet : une CPTS s'impliquera d'autant plus facilement que le projet est en adéquation avec le projet de santé de la CPTS ; il s'agira donc plutôt de projets sur l'organisation du système de santé et la qualité des soins, et non des projets de recherche clinique.

Il semble pertinent de proposer une formation à la recherche aux CPTS qui veulent se lancer.

Discussion :

21% de l'échantillon sont impliqués dans des recherches. les thèmes des projets semblent pertinents pour l'organisation territoriale de soins primaires. Cependant, la moitié des projets cités ne sont pas financés. les leviers à travailler sont : l'importance du réseau et notamment l'articulation avec les départements de médecine générale, la formation à la recherche, l'accompagnement par les chercheurs, notamment des retombées concrètes pour les CPTS, s'intéresser à la recherche action.

Limites	Point forts
<ul style="list-style-type: none"> • Biais de sélection • Réponses dépendent des répondants qui connaissent plus ou moins précisément l'historique de leur CPTS, selon le moment où ils y ont adhéré (pour les professionnels de santé), ou y ont été employés (pour le staff). • Analyse en cours, nous devons encore analyser les caractéristiques associées aux activités de recherche. 	<ul style="list-style-type: none"> • Taille et diversité de l'échantillon • Tous les répondants sauf un ont accepté qu'on les rappelle potentiellement pour compléter l'analyse descriptive quantitative (projets de thèses)

En conclusion :

Les CPTS sont intéressées par le questionnement sur la recherche au vu du taux d'ouverture du questionnaire et du taux de réponses complètes. Cependant, seuls 21% de CPTS sont impliquées par la recherche. Ceci signifie que 79% ne participent pas à la production de la connaissance sur l'organisation du système de soins et passent aussi à côté du bénéfice pédagogique de la recherche pour leur propre développement. Mais en même temps 21%, cela semble assez pour démarrer un travail avec ces CPTS, leur proposer un accompagnement, une formation et définir collectivement une stratégie de développement de la recherche.

Échanges avec les participants :

Murielle Londres, coordinatrice de la CPTS Val d'Oise Centre

ML : « J'aimerais savoir si vous avez analysé le profil des coordinateurs des CPTS qui sont répondeurs intéressés par la Recherche. Parce que ça me semble intéressant pour savoir s'il y a des leviers à utiliser à ce niveau-là ? Si les coordinateurs ont déjà participé eux-mêmes à la recherche, s'ils ont un master de Santé Publique et j'ajoute aussi la présence dans le CA d'universitaires ou de médecins de Santé Publique ? Ça pourrait être intéressant aussi. »

HF : « le questionnaire comptait 55 questions, on n'a pas osé en ajouter...

J'ai oublié de dire que le temps moyen de remplissage du questionnaire a été de 10 mn, ce qui nous a étonnés ; ça veut dire que les gens ont répondu assez vite mais qu'il faudra revenir vers eux (ce qu'ils ont accepté à 99% !) pour préciser plus de choses. Il y a au moins 2 cas où c'est un doctorant qui est coordinateur de la CPTS. Là évidemment il y a une alliance forte ! »

Dr Bernard Frèche, Nouvelle Aquitaine

BF : « Merci pour cette belle présentation.

Ce que vous dites, c'est exact mais il faudrait refaire ce questionnaire dans 2-3 ans parce qu'il y a beaucoup de 'jeunes' CPTS ; nous avons signé l'ACI il y a à peine 1 an. Je suis en train de créer un réseau de co-investigateurs en Nlle Aquitaine. On est aidé par des associations de CPTS. On a Agora Lib en Nouvelle-Aquitaine : on n'a pas tous été d'accord pour cette création mais ils ont eu des gros financements des ARS pour dynamiser les CPTS, c'était assez intéressant et au sein d'Agora Lib on est en train de créer un réseau. Ça c'est la 1ère réflexion. Pour moi le plus important c'est de créer une culture de la recherche. C'est vrai que je suis universitaire et coordinateur du des de MG ; dans notre programme, maintenant qu'on a le des de 4 ans on travaille sur la formation des MG à la Recherche. C'est l'écueil et tout l'intérêt de la dernière phrase qui est d'accompagner les CPTS avec des formations ; c'est là où c'est le plus intéressant. »

HF : « Oui et je pense qu'il ne faut pas se focaliser uniquement sur les MG et les DMG ; il est vraiment essentiel avoir des structures scientifiques d'autres professions de santé. Pour l'instant nous n'avons pas établi le contact des fait absolument qu'on fasse le lien ; et je pense que ça va changer aussi la nature des problématiques qui vont être travaillées. »

Jean Marc Franco : Fédération Nationale des CPTS

JMF : « Je représente la Fédération Nationale des CPTS et on est très heureux d'avoir travaillé avec H. Falcoff, son équipe et la SFTG parce qu'on a besoin de données. Hector, merci pour ton travail. Merci aussi à l'équipe de la SFTG. Tu as réussi à fournir des données dans un temps record (une semaine). »

HF : « Jean Marc, tu as aussi participé surtout à la fabrication du questionnaire et un petit peu plus encore. »

JMF : « Ce que je remarque surtout c'est la partie financement : comment tu expliques finalement que la moitié des travaux de recherche ont été financés par l'ACI ? Est-ce que c'est parce que dans l'action « naturelle » de la CPTS la recherche vient évaluer l'action ou décrire l'action ? Est-ce que tu as eu des éléments de description des projets qui ont été financés en interne par les CPTS ? Ou est-ce que c'est un travail complémentaire qu'on doit faire ? »

HF : « Dans notre enquête on a proposé aux CPTS qui avaient plusieurs projets d'en choisir un et de le décrire ; 3 ont choisi des projets financés dans le cadre de leur ACI. On n'a pas encore eu le temps de croiser le type de financement avec le type de recherche. »

Éléonore Dietrich, je suis coordinatrice de CPTS en région PACA

HD : « Merci pour votre présentation et tout le travail qu'il y a eu en amont.

Vous avez dit qu'il serait intéressant d'avoir des thésards qui puissent étudier davantage le questionnaire ; dans quelle discipline vous verriez ces thésards ? en santé publique, sociologie, médecine générale ? »

HF : « une CPTS ne peut pas accueillir et encadrer une thèse de science, elle n'en a pas les compétences. Par contre un labo de recherche pourrait encadrer une thèse de science sur une thématique pertinente pour une ou plusieurs CPTS, et je crois que dans ce cas beaucoup de CPTS seraient partantes pour des partenariats. Ce qui est plus simple, faisable aujourd'hui (et fait !) c'est la réalisation de thèse d'interne de MG, thèse d'exercice ou mémoire de M2 par exemple, voire des mémoires de fin de DU. Tout ça, c'est bon à prendre : on a besoin de forces pour labourer ce champ encore en friches ! »

Eric Chevallier, généraliste, Université Sorbonne Paris Nord

EC : « une petite question sur les résultats : Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a ceux qui font de la recherche et ceux qui n'en font pas ou bien il y a un gradient de motivation, une typologie de CPTS avec (celles qui ne souhaitent pas s'impliquer), celles qui sont jeunes qui voudraient en faire avec formations, celles qui en font déjà et qui n'ont pas besoin de formation ? »

HF : « Je ne peux pas répondre parce que on a beaucoup de questions ouvertes, et on n'a pas encore travaillé le codage suffisamment pour pouvoir comparer tout ça. En qualitatif, il y a ceux qui disent : 'on a trop de boulot' et ceux qui disent : 'on est trop jeunes, on a d'autres priorités'... »

Guillaume Ah-Ting, Médecin de santé publique.

GAT : « Je travaille pour les CPTS de Paris 13 et Paris 14. Ma question porte sur la définition de la recherche : on a parlé des thèses d'interne. Est-ce que c'est de la recherche ? Peut-on considérer qu'une CPTS qui participe-t-elle à un projet « articles 51 », comme ICOPE, fait de la recherche simplement parce que l'IRDES va publier une évaluation par exemple ? Ou pour que ce soit de la recherche il faut qu'un vrai projet de recherche soit construit sur l'article 51 ?

Quand j'ai rempli le questionnaire on m'a demandé le numéro d'enregistrement sur ClinicalTrials.gov. Je me suis dit que vous attendez c'est vraiment un travail de recherche avec publication dans un journal indexé sur Pubmed. Est-ce qu'il y a un gradient : la thèse d'exercice, puis une évaluation d'un projet articles 51, et après on ira chercher la publication internationale ? »

HF : « On a essayé simplement avec le questionnaire de définir quelques termes : on a proposé une définition très générale de la recherche mais ce n'était pas : « la recherche, c'est ce qui est publié ». C'était une démarche dans laquelle on recueille des données, on les analyse, on espère en tirer des conclusions de manière rigoureuse ; on a défini ce qu'est la recherche observationnelle, interventionnelle, la recherche action, on a essayé de donner des définitions mais en tout cas ce n'était pas la publication. (...) »

François Baudier, médecin de Santé Publique et chargé de mission à la CPTS de Besançon

FB : « Merci beaucoup pour ce travail et je trouve finalement comme vous l'avez dit en conclusion, c'est quand même assez prometteur que plus de 20% des CPTS développent des activités de recherche.

Je voudrais revenir sur 2 points (...) : importance de la notion de « capitalisation » développée par Société Française de Santé Publique et la Fédération Promotion Santé que je préside au niveau national : la capitalisation, ce n'est pas de la recherche mais ça peut amener vers la recherche et pour des gens comme nous qui sommes des gens de terrain ou plutôt dans la dimension expérientielle, je pense qu'on doit développer cette notion de capitalisation, il y a une méthodologie très précise, il y a des formations qui sont données à l'EHESS ; je pense que ce serait une dimension intéressante. Et dans le cadre d'un dialogue que j'ai avec AVEC SANTÉ, ils se sont réapproprié cette dimension et sauf erreur de ma part, il y a une personne au sein de l'équipe qui est en charge de la capitalisation ; je trouve que cette notion de capitalisation peut être un tremplin intéressant pour « aller vers » la recherche.

Le deuxième point, c'est une information que je voulais vous donner : au niveau de notre dialogue entre notre fédération et la DGS, on travaille depuis plusieurs années sur le développement de ce que nous appelons dans notre région « un pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique. » Notre objectif c'est d'associer les chercheurs, les décideurs et ce qu'on appelle souvent le « tiers secteur » ; c'est-à-dire « nous » dont l'activité n'est pas spécifiquement la recherche mais qui ont notamment une connaissance du terrain.

Ce que nous essayons de faire à travers un plaidoyer que nous portons depuis plusieurs années c'est que dans chaque région, il y ait ce type de structure. On a des informations assez prometteuses sur d'éventuels financements pour mettre en place ces structures mais si elles se mettent en place, je pense que les CPTS pourraient être complètement partie prenante de cette démarche. »

HF : « j'ai été voir le site internet dont vous donnez le lien dans le questionnaire ; effectivement, c'est très intéressant ; c'est centré « promotion de la santé », quelque chose qui en France est peu connu (...) C'est une belle piste aussi de travailler avec la santé publique sur cette notion de capitalisation. »

Manon Rosenberg, DUMG de Strasbourg

MR : « Peut-être donner une petite note d'espoir parce que j'ai accompagné le début de notre CPTS et on a pu intégrer une mission recherche dans les missions socle de la CPTS. Ça a été beaucoup d'aller-retour avec l'ARS qui ne comprenait pas trop ce que la recherche venait faire au sein d'une CPTS ; j'ai accompagné la CPTS dans la rédaction du projet en parlant de « données de vie réelle », en utilisant aussi les termes de l'ARS pour que ça puisse faire sens mais c'est passé et aujourd'hui la CPTS a cette mission recherche complètement intégrée et ce qui nous permet, nous en tant que DMG, de démarrer réellement concrètement des projets et de leur donner une vraie visibilité avec l'implication des membres de la CPTS. »

HF : « Et donc ça implique un financement spécifique ? »

MR : « complètement ! »

HF : « autre que l'ACI ? »

MR : « Oui, Alors ça c'est génial ! C'est un boulevard. »

HF : « Est-ce qu'il y a des documents que vous pouvez partager dans le futur pour qu'on le diffuse aux autres CPTS ? Ne faudrait-il pas un plaidoyer national ? »

MR : « J'en discutais avec le Président de la CPTS qui n'a pas pu se rendre présent aujourd'hui : oui c'est tout à fait possible au moins de faire une trame avec les grandes lignes, les grands contours, du projet qu'on a soumis à l'ARS »

Marie Jeanne Boudet, Vice-Présidente de la CPTS 15

MJB : « Quels étaient les thèmes abordés, proposés pour pouvoir convaincre l'ARS ? les domaines de recherche ? »

MR : « (...) On a parlé surtout de « données de vie réelles » ; on n'est pas entrés dans les détails ; c'était déjà un dialogue de sourds avec l'ARS : quand on a parlé de 'recherche clinique', ils ne comprenaient pas tout. »

MJB : « Dans notre CPTS la recherche ne faisait pas partie des missions mais on avait quand même imaginé (...) un comité scientifique. (...) Ça n'a pas été valorisé par l'ARS (...) ; on n'avait pas défini d'objectif scientifique. »

(...)2^{ème} Q : « Comment on (les MG) va construire les relations avec les autres professionnels de santé que les MG ?

Il y a de la recherche universitaire en kinésithérapie, en soins infirmiers, des études très intéressantes (...)

La Fédération des CPTS est là : quel rôle elle peut avoir pour qu'on ait plus que des MG associés au travail ?

Notre spécificité c'est le pluri-pro donc, est-ce qu'il y a ici des infirmiers ou Kinés dans la salle ?

Défi : comment travailler avec eux...de manière régulière et efficace ? »

XX, présidente de la CPTS Paris 16.

« Vous parliez de 'jeunes CPTS'. Nous sommes la dernière en date à Paris. Ce sujet de recherche c'est quelque chose qui nous tient à cœur ; la prévention c'est quelque chose que nous voulons bien développer sur notre territoire. J'aimerais avoir plus d'informations. On parle d'ACI, de financement... Nous étions les derniers arrivés donc on a fait ceinture ... Sur quelle ligne budgétaire on peut débloquer ça ? Concrètement on aura à peine 1 an le 14/9 ».

(réponse HF : on en parle à la 'pause-café')

HF : « la SFTG a tenté à une époque de faire du DPC Pluripro / EPP. Ça a été très difficile à construire à la fois parce qu'il n'y avait pas de socle commun entre différentes associations ; parce que le cahier des charges était ridiculement rigide. A la limite, c'est peut-être avec les pharmaciens que c'est le plus facile dans une CPTS de construire quelque chose mais avec les infirmiers, les kinés, les orthophonistes, etc...c'est très, très compliqué. C'est un énorme chantier d'arriver à monter un projet en pluripro et en même temps c'est indispensable. »

Elisa Barré : présidente d'une CPTS en Sarthe. IPA.

Je rebondis sur les infirmiers : ce n'est pas vraiment dans nos gènes ; ça commence à venir un petit peu notamment avec la pratique avancée ; il y a eu quand même une refondation en 2009 justement où on a essayé d'intégrer un peu plus la recherche mais je fais des interventions en IFSI pour donner envie de la pratique avancée mais ils n'ont pas envie d'aller plus loin et pour l'instant ils ont envie de travailler ; vraiment un manque d'intérêt des infirmiers en tout cas là-dessus.

(...) Ce qui manque chez nous c'est la méthodologie et du coup moi je démarre un DU justement en recherche clinique et je me suis payé moi-même mon DU pour pouvoir après, accompagner mon secteur, ma CPTS en tout cas sur un projet en recherche.

Intervention 10h15 : Quels territoires pour les CPTS ? Regards croisés entre une géographe et une sociologue

Par Cécile Fournier (sociologue, médecin de santé publique, IRDES), Véronique Lucas-Gabrielli (géographe, IRDES)

Cette présentation joue le jeu de regards croisés pour décrypter enjeux populationnels, professionnels, politiques, induits par le développement des CPTS.

Contexte de déploiement des CPTS :

Notre système de santé fait face au défi de gérer la santé des personnes, notamment se trouvant dans des situations sociales complexes, en lien avec le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et l'accroissement des inégalités sociales de santé. Or notre système est très **cloisonné**, à la fois dans son organisation et son financement, et reste très centré sur l'hôpital et les soins curatifs. Les professions libérales y détiennent une place centrale. Ce système est partiellement régulé et « ne fait pas système ». Il y a également une **rationalisation budgétaire** depuis les années 70. Par ailleurs, on note une spécialisation des professionnels et une segmentation des professions médico-sociales, avec de nouveaux métiers et une démographie décroissante pour certaines professions, de répartition inégale sur le territoire, conduisant à l'apparition de déserts médicaux. Enfin notre société valorise l'autonomie des individus. Des réformes sont donc menées, initialement centrées sur les soins primaires et qui s'élargissent vers le sanitaire et le médico-social. Elles passent par des injonctions à la coordination. Tout cela s'inscrit dans un mouvement de territorialisation de l'action publique.

La **territorialisation** consiste à adapter les politiques publiques nationales à la spécificité du local, c'est-à-dire en passant d'une politique uniforme pour laquelle la même règle est applicable à l'ensemble du territoire de compétence, à une politique adaptée aux spécificités des espaces en termes de services et de besoins des populations. Au début des années 70, le contrôle de l'expansion du système de santé devient crucial devant une abondance de l'offre inégalement répartie et un contexte de crise économique, et ceci afin de contrôler le budget alloué. Des outils de régulation sont alors mis en place, initialement sur l'offre hospitalière. Une carte sanitaire est créée et le territoire découpé en secteurs sanitaires. C'est un outil quantitatif de régulation mais ne permettant pas une réelle restructuration de l'offre de soins hospitalière. Le territoire est alors un espace fonctionnel dont on cherche à mieux définir le périmètre.

La territorialisation se renforce à partir des années 90. Dans les années 2000, on constate un renforcement des compétences et des responsabilités des collectivités locales, avec des blocs de compétences dévolus aux uns et aux autres (développement économique et formation pour les régions, action sociale pour les départements). La santé est à ce moment-là consolidée en tant que compétence spécifique. En 2009, la loi HPST simplifie l'organisation sanitaire en regroupant plusieurs organismes régionaux. Les ARS correspondent à une décentralisation fonctionnelle mais restent très surveillées par un Comité national de pilotage. Les enjeux finissent par s'élargir à la médecine ambulatoire et aux champs sociaux, médico-sociaux et de prévention. On assiste à une multiplication des acteurs. La loi de modernisation de 2016 et le plan « Ma santé 2022 » laissent plus de place aux acteurs au niveau local. Toutes ces tendances de fond conduisent à la multiplication des maillages sanitaires, multiples, fluctuants et pas toujours lisibles ni suffisamment articulés (ex : Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA), zonages conventionnels, territoires de démocratie sanitaire...).

Depuis la fin des années 2000, des réformes ont été centrées pour la première fois sur les soins primaires pour soutenir les regroupements de professionnels de santé : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), Centres de Santé (CDS), qui concernent à ce jour 20% des professionnels de santé. Ces réformes prennent appui sur une alliance entre des « médecins entrepreneurs » dans des structures pluriprofessionnelles et les pouvoirs publics. Elles ont engagé un nombre croissant d'acteurs (établissements de santé, élus...) et prennent la forme d'expérimentations, pensées pour être construites « par le bas » avec les professionnels de santé (ex : nouveaux modes de rémunération, CPTS...). Ces réformes touchent au pilotage des soins, aboutissant à une mise en œuvre différenciée des politiques sanitaires par les ARS. **Ce pilotage est partagé par les ARS et les CPAM**, et est donc à construire dans une posture non plus de contrôle mais d'accompagnement des professionnels, y compris pour la recherche. Ces évolutions structurantes conduisent à des formes territoriales repensées et réorganisées sans cesse. En découlent 3 types de mutations dans le cadre de la santé, différenciant les territoires par leur nature, par leur processus de construction (descendant/ascendant) et par les particularités des projets portés par des coalitions d'acteurs.

Devant la **multiplicité des territoires** (administratifs, d'intervention, groupements d'acteurs, CPTS...) et leur **superposition**, il est nécessaire de comprendre les motivations des professionnels à travailler ensemble, leurs pratiques de coopération... les modalités de mise en œuvre et de contractualisation se jouent simultanément à différents niveaux, et interviennent dans des cadres de contractualisation douce entre les professionnels de santé et l'état et une mise en concurrence pour l'obtention de moyens.

L'émergence des CPTS :

La genèse a été délicate, et s'est heurtée à l'opposition des syndicats de médecins, d'où le retour à un appel au volontariat dans lequel les médecins définissent eux-mêmes leur territoire. Ceci a conduit à un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) en 2019 pour financer les CPTS. la volonté est d'organiser l'intégration des soins en suivant une approche territoriale et populationnelle, réaffirmée dans le plan « Ma Santé 2022 ». la CPTS s'y distingue des structures d'exercice coordonné, car elle ne délivre pas de soins, mais elle répond aux besoins de la population d'un territoire, via plusieurs missions. les financements, via l'ACI sont conséquents, selon la taille de la CPTS (50 000€ à 580 000€/an). les objectifs sont négociés annuellement dans des dialogues de gestion avec les tutelles.

L'article 1434 du code de la santé publique précise que les professionnels formalisent un projet de santé précisant le territoire d'action de la CPTS. Cette définition implique une délimitation stricte du territoire concerné sans chevauchement possible et à terme sans zone blanche. Mais cette **délimitation reste libre**, respectueuse des dynamiques locales. Cela pose la question de la **rationalisation de ces organisations** spontanées, qui s'affranchissent des découpages territoriaux classiques.

La CPTS est constituée de « l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques de santé qu'ils ont identifiée », avec pour prérequis un projet de santé. Elles sont susceptibles d'impliquer un nombre important de parties prenantes, issues de secteurs variés, organisés autour d'objectifs divers, et entre lesquelles des collaborations existaient parfois déjà. Selon les données de la FCSPT en juin 2024 on compte **835 CPTS en France**, 91 en pré projet, 138 construisant leur projet de santé, 567 ayant signé l'ACI. le taux de couverture du territoire est élevé, à **84%** tous stades confondus, avec une variabilité du taux de couverture populationnelle et de l'avancement des projets. Ce déploiement est très accompagné, avec la mission ministérielle « Tour de France », et le plan « 100 % CPTS » (19 axes de travail pour couvrir tout le territoire).

Questions ouvertes par le déploiement des CPTS :

- **Questions concernant les acteurs** : quels sont leur rôle, leur vision ? À quelles conditions une CPTS voit-elle le jour ? Qu'est-ce qui va favoriser l'enrôlement des professionnels de santé ? A quel transfert de responsabilité assiste-t-on entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé ?
- **Questions concernant les délimitations** : Sur quels types de territoires des CPTS se déploient-elles ? Observe-t-on des représentations partagées ou contrastées du territoire entre les différents acteurs ? Quelles articulations et tensions entre le territoire de la CPTS et d'autres zonages ? Ces expérimentations ont-elles des effets structurants sur les territoires, sur l'offre de soins et sur l'accès aux soins et à la prévention ? Quels rôles jouent les inter-CPTS dans la délimitation territoires des CPTS ?
- **Questions concernant les projets, le travail, les effets des CPTS** : quelle est la nature des activités des CPTS ? Sur quel travail individuel et collectif ces activités reposent-elles ? Comment ça se mutualise ? Comment ces activités améliorent la prévention, la qualité des soins, les inégalités sociales de santé... ? Et à quel coût ?

Afin de comprendre de quelle manière sont pensés les territoires des CPTS, Emmanuel Hay mène actuellement un travail de thèse associant des approches sociologique et géographique pour interroger les dynamiques de création des CPTS, en prenant pour point de départ la question de la délimitation de leurs territoires.

Des approches de recherche variées, articulables, selon des méthodes et des collaborations à construire

Il est nécessaire d'avoir une variété d'approches disciplinaires et méthodologiques. Certains objectifs de recherche sont inscrits dans le plan 100% CPTS, notamment pour observer le déploiement des CPTS et leur impact, à travers 2 axes de travail : intégrer les CPTS dans l'observatoire de l'exercice coordonné et développer la recherche et l'innovation en soins primaires. le cadre est large et les CPTS y sont pensées comme « vecteur d'une recherche organisée, pilotée, et promue en s'intégrant notamment aux réseaux territoriaux de recherche ».

Cela s'inscrit dans une approche de « recherche sur les services de santé ».

En effet, les **méthodes** à utiliser pour les recherches **se situent « entre recherche et évaluation »**, donc des recherches qui ne sont pas seulement fondamentales mais aussi appliquées. Les méthodes doivent s'intéresser à la fois aux processus (recherche qualitative) et aux impacts (recherche qualitative et quantitative - expérimentale et quasi-expérimentale). De plus il faut **articuler 3 dimensions** : démarche d'investigation empirique systématique (qui s'appuie sur l'observation sur le terrain), rôle joué par les valeurs, et attention portée à l'utilité de l'évaluation par les différents types d'acteurs. C'est une recherche qui gagne à être interventionnelle (à proposer des interventions pour répondre à un problème de santé) et participative (coconstruite avec les différentes parties prenantes des CPTS).

Des questions pratiques restent ouvertes : **jusqu'où va le rôle des chercheurs ? Où commence celui des professionnels ? de la population ? des tutelles et des politiques ? Quelles collaborations construire localement et au niveau national ? Quelles ressources pour financer ces recherches ? Quelles données, qualitatives et quantitatives faudrait-il rassembler ?**

Échanges avec les participants

Hector Falcoff, SFTG Recherche :

« En fait, je voulais faire un commentaire : les CPTS sont laissées à la main des professionnels des soins primaires, donc ce n'est pas étonnant que quand on essaye de rationaliser, ce soit un bazar absolu. Comme vous dites, certains se regroupent par affinité, nous par exemple on a des expériences intéressantes. Je parle avec ma casquette CPTS du 13^{ème} arrondissement de Paris. On a construit une collaboration forte avec le 14^{ème} arrondissement, tout va bien parce que le DAC, c'est le Dac 13^{ème} – 14^{ème}, mais manque de pot aussi avec le 15^{ème} arrondissement et le 15^{ème} arrondissement c'est un autre DAC. Et du coup le pauvre 15^{ème} arrondissement a été un peu malmené par l'ARS parce qu'il travaillait avec le 13^{ème} et le 14^{ème}, alors que les liens de collaboration et la dynamique existaient. En Belgique on a institué les « primary care zones », mais il y a eu d'abord 2 ans de travail tous ensemble (tutelles, professionnels, etc.) pour définir le découpage le plus rationnel collectivement. Il y a une contradiction entre faire ce travail collectif pour se mettre d'accord et dire 'Allez-y on va voir si ça marche et on vous laisse faire comme vous voulez' ».

CF/VLG :

« complètement d'accord, c'est tout à fait ce qu'on voulait dire dans notre propos. C'est cette question de « grand bazar organisé ». En fait on a une multiplicité d'acteurs. On les a vu monter en puissance dans les années 2010, et puis maintenant on arrive avec un système qui est territorialement assez peu lisible et aussi très fluctuant, c'est-à-dire que ça repose aussi sur des territorialisations qui existaient auparavant, qui bougent, qui disparaissent ou qui réapparaissent sous d'autres formes. Donc c'est très compliqué à suivre pour tout le monde, pour les acteurs, les chercheurs... et c'est une vraie question que nous aimerions bien regarder du point de vue de la recherche.

M-Laure Alby, CPTS Paris 14 :

« Je suis très contente que vous ayez la même perplexité que nous. Parce que sur IPEP 51, j'ai vu votre évaluation et il a été dit que quand c'était les CPTS qui portaient les projets c'était impossible à évaluer. Donc je pense qu'on a vraiment à déterminer comment on évalue ce qu'on fait. Par ailleurs, les contradictions institutionnelles sont fortes, notamment entre la santé et le social. Nous on a de la chance à Paris, on a des arrondissements donc c'est relativement naturel, moi je vois des découpages assez fantaisistes dans la France entière. C'est pareil pour les GHT, la déconcentration de l'Assistance Publique, il y a de quoi rigoler, c'est purement universitaire, il y en a qui sont à cheval sur les deux rives de la Seine, ce qui à Paris est complètement délirant. Je pense qu'il y a un travail à proposer, maintenant qu'on a vu (parce que c'était quand même très intéressant d'expérimenter - sinon on n'existerait pas) comment on peut un peu harmoniser et avoir des décisions rationnelles, qui ne soient pas seulement celles des tutelles, quelque chose d'un peu plus fédérateur. La deuxième question c'est la manière dont c'est évalué sur le plan médico-économique : IPEP 51 c'est de la rigolade, on a eu 2 ans de COVID au milieu. A l'hôpital ils se basent tous sur les dépenses de 2019 et nous on a été évalués sur des chiffres auxquels je n'ai pas compris grand-chose, c'était très compliqué. Comment peut-on disposer de données un peu plus territorialisées ? Dans notre projet art 51, nos indicateurs ont été comparés à la consommation moyenne de soins de la population française globale alors qu'on s'occupait uniquement des gens de plus de 75 ans, vous voyez tout de suite que ça ne colle pas. Comment on travaille pour avoir des données un petit peu plus solides, qui nous permettent de savoir ce qu'on fait (...) »

CF/VLG :

« Merci. Alors votre 1^{ère} question justement, c'est pour ça qu'on a vraiment pris du temps pour détailler l'histoire de tout ce qui se construit parce que finalement quand on construit un nouveau dispositif, on a besoin de comprendre dans quoi ça s'inscrit localement et ça prend énormément de temps, et sans prise de conscience de cette complexité, de cette histoire, de ces cultures qui se croisent, on n'y arrivera pas. Donc il y a plein de travaux à mener là-dessus. Concernant l'évaluation d'expérimentations comme IPEP, l'article 51, pour l'instant ce qui a été étudié, c'est plutôt le suivi par les pouvoirs publics. On n'a pu réaliser qu'une des dimensions de l'évaluation, qui visait à comprendre le processus de ce qui se mettait en place, au moyen d'approches qualitatives sociologiques. Les approches quantitatives économiques, dont Julien Mousquès pourra parler tout à l'heure, n'ont pas encore été mises en œuvre, du fait d'un accès tardif aux données nécessaires. Et donc il y a différentes choses : l'analyse du travail des tutelles et des professionnels dans le cadre de cette expérimentation, et puis l'évaluation de ses effets sur certains indicateurs, qui nécessite d'autres méthodes et sur lesquelles les projets prennent du temps à se construire. On en reparlera tout à l'heure. »

Dominique Polton (Institut National des Données de Santé - INDS) J

DP : « Je suis plutôt une observatrice de ces évolutions des soins primaires depuis quelques années. Je voudrais prolonger le propos d'Hector, je trouverais intéressant de voir ce qui se passe dans des CPTS qui ont été construites plutôt de l'extérieur, parce qu'on a dit que les arrondissements c'est plutôt spontané, mais je ne trouve pas ça particulièrement spontané pour les professionnels, je pense que ça a surtout été une décision de structurer des CPTS par arrondissement et il y a d'autres régions me semble-t-il, où il y a eu quand même une volonté d'organiser le territoire, certainement en négociation avec les professionnels. Mais je trouverais intéressant de comparer ce qui se passe dans des territoires qui sont plutôt imposés (...) dès le démarrage, et des CPTS qui se sont construites complètement à la main des professionnels avec des territoires ad hoc. Finalement quels avantages présentent l'une et l'autre méthode ? »

CF/VLG : « Tout à fait d'accord. »

Jean-Marc Franco (CPTS Grand Sud Réunion)

J-MF : « Il y a une hétérogénéité en termes de création des CPTS. Chez nous par exemple à la Réunion, c'était vraiment le territoire vécu, on nous a donné carte blanche. (...) Je comprends aussi la réflexion d'Hector sur le fait qu'il y a un découpage et donc il y a des petits camarades qui ont travaillé avec vous et ils se sont fait taper sur les doigts. Je trouve ça extraordinaire parce que d'un côté on nous laisse quand même une certaine liberté de pouvoir gérer, se coordonner, se structurer avec nos collègues d'autres CPTS et finalement il y a ce découpage. Vous avez très bien présenté la complexité territoriale, avec des enjeux liés à la carte sanitaire hospitalière, qui vient se greffer sur notre carte sanitaire des CPTS, les collectivités locales avec les communautés de communes, etc... On a du mal à s'y retrouver. Vous avez parlé de toutes les dimensions de la recherche, c'est très intéressant de voir qu'il y a différents champs de la recherche et concernant l'évaluation de l'impact de nos actions, comment vous voyez le rôle des inter-CPTS ? Est-ce qu'elles vont émerger pour essayer d'améliorer le bazar dont vous parliez tout à l'heure ? »

CF : « Ce n'est pas évident pour nous de répondre à cette question. On les voit émerger, on regarde sur quoi elles portent, avec quelles dynamiques elles naissent, il y a des dynamiques qui sont différentes d'une inter-CPTS à une autre. L'inter-CPTS peut être un lieu de capitalisation, on le voit dans la négociation des indicateurs. (...). On voit qu'on a besoin de toutes ces échelles aussi, c'est ça qui est complexe pour vous dans la mise en œuvre, c'est que finalement, il y a besoin de constructions très locales et d'autres constructions à plus grande échelle pour répondre à des besoins plus larges. Donc les inter-CPTS ont une vraie place. »

VLG : « Je voulais juste rajouter un cas qui m'a un peu frappée, j'avais lu dans un article du Concours Pluripro à l'automne, que dans une région il y avait des CPTS qui venaient de se mettre en place et du coup ils avaient d'abord construit une inter-CPTS, en tous cas en même temps, et que les découpages de l'inter-CPTS et des CPTS avaient été construits en même temps. Donc en fonction du moment où on développe la CPTS, ces régions profitent aussi de l'avancement de ce qui s'est passé ailleurs. On parlait tout à l'heure de capitalisation, moi je trouve ça très intéressant, parce qu'il faut aussi remettre ça dans une perspective historique. C'est-à-dire que les premières CPTS ont été faites d'une certaine manière et les nouvelles différemment, parce qu'elles profitent de ce qui a été fait ailleurs, et de l'expérience des autres. »

Participant

« J'ai deux petites questions/remarques. J'ai une première question qui m'a beaucoup préoccupée quand j'ai pris mon poste de coordinatrice de CPTS, c'est que j'aurais aimé avoir un peu plus de billes au niveau scientifique, à l'international, pour savoir s'il existait des modèles équivalents, avec des professionnels de ville qui s'alliaient sur un territoire (...) Et ensuite, j'ai une autre remarque, vous avez évoqué la pluralité des intervenants, et notamment quelque chose que j'ai à cœur en tant que coordinatrice, les administrateurs l'ont à cœur mais n'y pensent pas naturellement, c'est l'articulation avec le social sur le territoire. Moi je suis dans le Val D'Oise, on a des CAS et je trouve que c'est une vraie richesse. Et l'articulation aussi avec les usagers et les associations d'usagers. Y a-t-il des recherches là-dessus, puisque cela va au-delà de l'alliance des professionnels de santé ? »

CF/VGL : « Sur votre première question, je vous renverrai à mon collègue Julien Mousquès qui va vous faire un panorama tout à l'heure de ce qui existe à l'international, des modèles qui ont présidé, qui ont inspiré la construction des CPTS. Concernant les recherches sur l'articulation avec le social et avec les représentants d'usagers, je pense qu'il y a des travaux sociologiques sur ces questions-là, que l'on peut chercher si ça vous intéresse. »

HF : « Avec Yann Bourgueil et avec 6 thésardes en des de MG, on a fait 6 thèses monographiques sur 6 pays, pour décrire ce qu'on a appelé à l'époque « le niveau méso ». Ce sont des pays dont le système de santé est très différent, sauf peut-être la Belgique mais il y a eu aussi l'Espagne, la Belgique, l'Allemagne, la Hollande, l'Angleterre... Et aussi je crois qu'il y a un truc qui ne se fait pas encore assez (...) c'est de voyager et d'aller voir sur place. Ce n'est pas compliqué, les pays ne sont pas loin et ça apporte énormément, on peut organiser ça collectivement, aller faire une virée de 1 jour ou 2 en Belgique, 1 jour ou 2 en Hollande (...) »

Diane Gozlan, Présidente CPTS des Moulins (Ivry Sur Seine)

« On s'est regroupés entre professionnels depuis 2 ans et on a toujours laissé une porte ouverte sur les recommandations de l'ARS et de la Sécu, pour intégrer Villejuif voire Kremlin-Bicêtre. Il y a eu 2 analyses, une plus géographie/histoire et l'autre plus organisation des professionnels de santé, et nous avons sollicité les professionnels de santé de KB, mais en dehors de l'hôpital il n'y a pas eu beaucoup de répondants. Or on se retrouve 2 ans après avec l'ARS qui nous oblige à intégrer KB ! Qu'est-ce qui motive ce regroupement ? Parce que les populations n'ont pas les mêmes besoins, les populations ne sont pas homogènes, les professionnels ne sont pas du tout habitués à collaborer, et les transports en commun ne permettent pas forcément aux patients de pouvoir se déplacer. Est-ce que vous avez une idée de ce qui motive l'ARS aujourd'hui de nous contraindre ? »

CF : « Vous soulignez parfaitement ce paradoxe d'une injonction à la spontanéité de la part des pouvoirs publics, et en même temps une pression politique très forte sur les ARS pour couvrir entièrement le pays de CPTS, pour qu'il n'y ait plus de zones blanches. On utilise tous les moyens, en espérant que ça va émerger spontanément avec le soutien qui est accordé, mais si jamais ça ne suffit pas, il y aura des moments de pression supplémentaire. Il y a vraiment cette volonté d'afficher une couverture, et pour l'instant moins de regards sur ce qui se fait sur le terrain. C'est mon analyse : on est plutôt dans une phase ce qui est attendu, c'est que les professionnels de différents secteurs se rencontrent, on n'attend pas forcément des choses complètement construites rationnellement aujourd'hui, on attend déjà que les professionnels des différents secteurs se parlent pour essayer de construire quelque chose. »

VLG : « Je voulais juste rajouter une petite chose. Ce qui pourrait être intéressant ce serait de regarder le cas de la construction des EPCI, les Établissements Publics Communaux Inter-communaux : ce sont les regroupements des communes qui gèrent ensemble des moyens, par exemple les déchets, la voirie, un certain nombre de compétences qui sont des compétences communales qui sont regroupées au sein de ces instances. Et du coup au départ l'État avait laissé aux communes la liberté de s'organiser entres-elles comme elles le souhaitaient, puis à un moment donné, il y a eu une injonction à ce que l'ensemble du territoire soit aussi recouvert par des EPCI, pour mutualiser les moyens. Et donc ça pourrait être intéressant de regarder la littérature sur ce sujet, qui existe par ailleurs, pour voir un petit peu comment ça pourrait rejoindre ce qu'il se passe sur les CPTS. »

Alain Beaupin (Institut Jean-François Rey)

« J'ai beaucoup apprécié votre présentation, qui était très longue et c'est un compliment parce que vous avez essayé de capter toute la complexité de cet objet. Et en vous écoutant après, vous avez dit « il y a de la politique publique, de l'organisation des soins », mais en fait (...) c'est vraiment 2 champs qu'il faut traiter avec un angle différent : les professionnels doivent se centrer sur l'organisation des soins : regarder les critères de jugement, la qualité de vie au travail, est ce que ça améliore la disponibilité, la qualité des soins, y compris médico-économiques. Et puis il y a le champ de l'évaluation des politiques publiques, que vous avez traité finalement en disant « au départ, les services publics territoriaux de santé, ... ». C'est-à-dire qu'au départ il y avait une politique publique qui était de dire « on va faire un service public local de santé, comme il y a les pompiers, les écoles » et puis ils ont changé et dit « on ne va pas le faire, laissons les professionnels de santé s'organiser ». Mais ça ce sont les pouvoirs publics qu'il faut interroger, ce ne sont pas les professionnels - les professionnels font leur job : ils soignent. Donc le champ de la recherche sur les politiques publiques, comme les EPCI, me semble très ouvert, et ce n'est pas à nous de le traiter. Cela dit, ce champ est aujourd'hui un petit peu occulté. Même l'évaluation des articles 51 est faite par le rapporteur général qui remet un rapport tous les ans en septembre au parlement. Mais moi je n'y ai pas accès alors je regarde attentivement. »

R : « En fait c'est ce qu'on disait au début, les tentatives de structurer par le haut notre système de santé ne fonctionnent pas, puisque les poids professionnels, les équilibres de pouvoir au sein notamment de la profession médicale font que ce n'est pas possible. Il faut donc construire avec les acteurs, donc l'évaluation des politiques publiques, elle porte sur ces constructions en train de se faire, quelles injonctions, quels pouvoirs s'affrontent, quelles visions différentes entre tous ces acteurs qui n'ont pas été acculturés, socialisés de la même manière, dont certains commencent à travailler ensemble mais pas tous. Donc on est dans un moment de rencontres, d'apprentissages et puis de jeux de pouvoir, et l'évaluation doit porter là-dessus, sur ces politiques en construction, c'est toute la complexité et l'intérêt de construire ces recherches avec les acteurs qui y contribuent, donc avec vous et avec la population qui en tire bénéfice. »

Intervention 11h30 :**Structuration minimale des données, un préalable à toute recherche quantitative sur les CPTS***Par Julien Mousquès (IRDES)***Introduction :**

L'intégration et la coordination sont deux concepts associés, retrouvés en économie industrielle et dans le management. Il y a différentes échelles, avec des applications au niveau micro notamment (intégration physique, notamment dans des structures comme les MSP et CDS), mais aussi l'émergence et la construction de cette coordination territoriales dans lesquelles les CPTS s'inscrivent. Les CPTS sont des **constructions à l'initiative de volontaires**, ce qui est un élément central : qu'est-ce qu'on peut construire comme objet de recherche évaluative ? En effet, ce sont des organisations dans lesquelles les membres se sont « sélectionnés », choisissant de conduire des actions en commun, induisant un choix politique de mise en œuvre « par le bas » et des contraintes en termes de recherche et d'analyse, avec prise en compte des biais de sélection. Pour contourner ces biais, il n'existe pas d'autre façon que de construire des dispositifs qui permettent d'avoir des points de comparaison. 2 points de comparaison importants sont le **temps** (quelles sont les dynamiques avant et après), et les **points de référence** (événements différents, leur devenir, leur évolution...). Il y a aussi une formalisation (un projet, des actions, un territoire donc des délimitations) et la question de la qualification des interventions qui sont construites. Il existe donc une question autour de la documentation de ces interventions (objectifs, bénéficiaires, résultats, ressources). Les objectifs et les attendus le sont relativement à un concept large, celui de la coordination : les CPTS vont être un des éléments, un des facteurs permettant de générer de la coordination entre les acteurs. Cette coordination doit produire quelque chose de différent de ce qu'on avait jusque-là. Il y a des logiques de financement et de ressources et se pose donc la question du « rendre compte » relativement à des ressources publiques mobilisées pour ces organisations. Il y a des mécanismes financiers internes (question des incitations) : incitations non monétaires ou monétaires, mobilisées par les acteurs. Là-aussi la question de la documentation des pratiques, des usages et des montants est importante pour comprendre ces organisations.

Un modèle conceptuel de synthèse : mécanismes et attendus

En économie industrielle et du management, 3 arguments centraux permettent de comprendre pourquoi on peut avoir des attendus spécifiques relativement à des structures qui vont s'intégrer et se coordonner :

- 1 attendu est relatif aux **coûts de transaction** : lorsque les structures sont dans des organisations intégrées, les coûts de transaction, d'échange d'information, de suivi de l'activité seront plus faibles que si les structures étaient séparées, car elles ont des activités complémentaires et/ou substitutives et où il y a nécessité de créer les conditions de cette coordination.
- 2ème attendu lié aux **externalités liées à l'intégration** horizontale/verticale, intégration de structures délivrant des activités similaires ou complémentaires.
- 3ème attendu sur les **relations d'agence et les incitations** : pour engager des acteurs dans des directions d'intérêt commun, il faut des mécanismes incitatifs partagés par ces acteurs. Il s'agit d'avoir un objectif commun quand les incitations sont contradictoires.

Cependant, un ensemble de conditions sont associées au fait que ces 3 mécanismes pourraient justifier que l'intégration c'est mieux que d'avoir des acteurs isolés : complémentarité des actions à mener (point central, autour du patient/bénéficiaire), motivations communes, incitations et mécanismes d'interaction pour favoriser l'intégration des acteurs.

Intégration/Méso-tiers organisation : les limites de la comparaison avec les expériences étrangères

De nombreux travaux théoriques et appliqués ont regardé ce type de mécanismes d'intégration, dans les systèmes de santé de pays développés, riches (pays anglosaxons, Amérique du Nord, Pays-Bas, Royaume-Uni, Italie, Espagne, Portugal, Allemagne, Suède, Finlande, Norvège). Sont interrogés et observés :

- **Facteurs contextuels et environnementaux** (expliquant l'émergence de ces organisations, modifications des conditions environnementales (pouvoir de marché), construction sur l'environnement), forme/étendue et des réalisations propres à ce type d'organisations intégrées (Composantes structurelles, fonctionnelles, normatives, relatives à la conduction des interactions entre les acteurs). Ces composantes peuvent induire des regards disciplinaires (professionnels, académiques).

- **Attendus sur les bénéfiques retirés**, liés à des hypothèse sur les effets attendus par rapport à des organisations non intégrées : nécessité de documenter/observer des mécanismes attendus : taille, composition, complémentarité, substitution entre les différentes catégories professionnelles mobilisées, nécessité de modifier les frontières professionnelles existantes, nature des soins et services rendus (changement de fonction de production : on n'offre plus les mêmes services), capacité/capacité induites par l'intégration des acteurs (ex : plus de capacité pour investir dans les équipements), incitations (externes (ex : montant ACI) et allocation en interne de ces ressources.

On peut ensuite faire le lien avec les objectifs finaux portés par les organisations, les financeurs ou la population : qualité, pertinence, service rendu, coût de transaction, économie d'échelles, efficacité des ressources mobilisées, autres dimensions (perception des patients de leur expérience de soins, conditions de travail des professionnels dans ce secteur).

Parallèle avec les expériences étrangères :

Les limites de la comparaison étrangère sont : conventionnements sélectifs entre les financeurs et les offreurs de soins, effectivité de l'intégration de la 1^{ère} ligne jusqu'à l'hôpital, stratégies surtout sur le renforcement des moyens et capacités de la première ligne (médecine générale et autres professions), constituer les données, les regarder et les confronter au point de vue des acteurs. Les financeurs délèguent aux offreurs de soins une partie de la réflexion sur la gestion des risques et où générer des gains d'efficacité ; la question des incitations financières qui sont autant externes qu'internes, qui méritent d'être documentées, et des incitations non financières ; la question des indicateurs de qualité et de pertinence des soins, étendue à l'expérience patients.

Quels besoins en matière de données ?

Certaines données sont **manquantes** ou **inaccessibles** au nom de la recherche. Aujourd'hui, il n'existe pas de base de données de sondage accessible à la recherche sur ce type d'organisation. Ces données sont soit inaccessibles ou bien partiellement accessibles avec l'existence de données hors SNDS. L'Assurance Maladie refuse à l'heure actuelle de donner accès à ces données hors SNDS (quel professionnel ? quelle CPTS ?).

Un deuxième point est de décrire et observer par des opérations qualitatives, d'enquête exploratoire. Les stratégies de financement et de contrats particulier-public permettent un certain recensement d'informations, de composition et d'actions, mais cela reste à nouveau inaccessible pour la recherche. Il faut donc construire des opérations d'enquête permettant de documenter ces organisations et les types de mécanismes à l'œuvre.

Évaluer les impacts :

- Estimer l'impact de l'arrivée de nouvelles organisations où ce sont des volontaires qui se sont constitués pour être ensemble, nécessite :

De bien **qualifier** ces formes, ces étendues, ces réalisations du fait de l'hétérogénéité dans celles-ci. On ne peut donc pas attendre une absence d'effet de cette hétérogénéité sur les résultats finaux

De **documenter** sur des périodes longues (avant/après) pour repérer des éventuelles modifications de tendance

De mettre en face les modifications de tendance et un **référentiel**, permettant d'attribuer objectivement une modification de tendance à cette organisation et aux changements qu'elle a induits.

Conclusion :

À l'IRDES, il y a un certain nombre de travaux sur les MSP, CDS, expérimentations Asalée (...) montrant comment associer ces démarches d'analyse sociologique, géographique, économique, de données qualitatives, d'enquêtes, de stratégies quasi-expérimentales. Elles montrent la capacité à observer, qualifier, estimer des effets.

D'autres structures académiques le peuvent aussi. Donc il faut avoir l'ambition d'aller documenter, d'une stratégie de recherche associant les questions des données à collecter, des collaborations à construire et des infrastructures de recherche à monter.

Échanges avec les participants

Participant

« Merci pour votre présentation. Quand vous parlez de mesurer les impacts, il y a la norme GEFOR par rapport à ça, car il y a des enjeux de financement bien sûr et quand je vous lis et vous entends, je me dis est-ce que finalement il faudra passer par des suivis de cohorte des populations pour mesurer leur état de santé par rapport aux actions qui auront été mises en place sur le terrain pour montrer l'impact de ces actions ou est-ce que ça vous paraît trop ambitieux et complexe à mettre en place ? »

R : « On revient sur les attendus, quels sont les attendus sur une CPTS donnée ? Quelles vont être les interventions, les actions qui vont être conduites ? Elles vont avoir une certaine finalité donc fondamentalement chaque CPTS en termes d'impact devrait être observée au regard de cela ; imaginons que ça en fasse partie et que l'objectif est ce que c'est centré sur la population résidente ? celle prise en charge ? il faut qualifier et on peut tout à fait arriver à des situations nécessitant des suivis de cohorte. L'information sur l'état de santé des populations est séparée : l'information des dossiers médicaux, l'information de l'état de santé des individus à partir des données du SADS. Aujourd'hui, on n'a pas d'expérience concrète, on a P4DP etc. mais à grande échelle on n'a pas d'expérience concrète d'appariement de ces 2 grands types d'informations. Malgré tout, avec ces visions séparées on peut avoir des stratégies où on documente ce qui se passe avant et ce qui se passe après, ce qui peut apporter pas mal d'informations. »

Participant

« Oui effectivement, sur l'absence d'accès ou de capacité à avoir des données, c'est paradoxal puisque depuis une dizaine d'années on a ces politiques très volontaristes pour essayer de créer des collectifs de professionnels et en même temps dans les bases de données on a peu d'éléments qui soient utilisables pour savoir que les professionnels sont dans la même structure... Il y a donc un double problème et je ne sais pas quelle stratégie il faudrait avoir, un problème juridique et un problème technique. Ces données sont hors périmètre SNDS (pas mêmes mécanismes d'accès, plus complexe), la CNAM ne peut pas donner des données qui ne sont pas dans le cadre législatif actuel. Et la 2^{ème} chose, qui je pense est liée à ça, je sais que l'IRDES milite beaucoup, ces données sont très mal structurées, peut-être pour cette raison-là d'ailleurs, parce qu'elles n'ont pas rejoint « le grand vaisseau amiral » du SNDS. Ces données construites de façon assez artisanales et pas bien organisées pour être accessibles. Donc je pense que les deux sont liés aussi, si à un moment il y avait un changement du périmètre juridique, sans doute y aurait-il un effort pour les rendre plus accessibles. »

R : « Oui c'est très juste, et comme l'assemblée est fortement composée de professionnels ou d'institutions, je pense que le jour où les professionnels acteurs des CPTS disent « Nous on a envie de mieux comprendre, de savoir, de montrer. Donc il n'y a aucun problème, pour donner accès à ces données. Donc si vous n'y donnez pas accès, ce n'est pas parce que nous on ne veut pas, c'est parce que vous vous ne voulez pas. ». Ça c'est un point important. On s'est retrouvé dans des situations où les professionnels ont clairement dit en réunion collective « il n'y a pas de problème », donc le problème ce n'est pas forcément un blocage professionnel mais je pense que c'est un point important juridiquement. L'argument de dire « c'est hors SNDS », c'est hors SNDS parce qu'on veut protéger les professionnels relativement à l'accès à des éléments d'identifications que sont leurs numéros professionnels ou le numéro de FINESS de la structure à laquelle ils appartiennent. Le jour où le monde professionnel dit « ça ce n'est pas un sujet », je pense que juridiquement on pourrait avancer ou en tous cas on enverrait la contrainte de la volonté de faire émerger ce genre de clarification. C'est vrai que le monde hospitalier a connu une structuration des données, qui est très conduite par la qualité de la statistique publique à la française, et probablement que sur le champ ambulatoire, tout ça est à construire. Aujourd'hui c'est effectivement très hétérogène et artisanal. »

Hector Falcoff, SFTG-R

« Est-ce qu'on peut imaginer, que par exemple la FCPTS décide de faire une base de données structurée, préparant ça avec des chercheurs etc. pour tracer de manière minutieuse pour les CPTS volontaires au moins, les actions et les résultats des actions ? »

R : « Aux USA, les ACO (Accountable Care Organisations), une très grande enquête est conduite en partenariat avec l'université de Dartmouth, avec l'université Berkeley, avec 2 grandes équipes de recherche et l'enquête est construite en commun avec les équivalents de fédérations d'ACO et cette enquête est répétée. Elle est extrêmement informative sur l'évolution de l'organisation, du fonctionnement etc. Deuxième élément, ils ont négocié avec l'équivalent de l'Assurance maladie (CMMA), un appariement de ces données aux données de liquidation. Donc il n'y a pas d'impossibilité technique, c'est une histoire de volonté de construire les outils et les dispositifs qui nécessitent de mettre en commun les attendus qu'on peut avoir au regard qu'on veut porter sur ces organisations, ce qu'elles produisent et concrètement la mise en musique de la constitution de données et d'appariement qui sont innovants et qui permettent d'éclairer sur ce que cela produit. »

Participant

« Bonjour, au-delà de la mesure des parcours des patients qu'on peut avoir grâce à des données du SNDS, comment vous verriez la mesure de l'expérience patients pour évaluer les CPTS ? »

R : « L'ensemble des financeurs dans les systèmes de santé qui se sont intéressés à cette question, ce sont des éléments qui se retrouvent premièrement dans des prérequis, c'est-à-dire que derrière la contractualisation est en partie conditionnée à l'observation de ces résultats, donc il y a une nécessité de construire des outils représentatifs sinon exhaustifs de ce qu'il se passe du point de vue des patients. Donc en France pour l'instant les seules expériences qu'on a, c'est une super sélection de ceux qui à un moment donné vont donner un avis. Donc il y a 2 stratégies, une d'exhaustivité ou de représentativité. Imaginons, qu'on ait 100% de CPTS, on fait des échantillons de patients qu'on interroge tous les 2-3-4 ans sur un certain nombre de questions, c'est une façon de faire. L'autre façon de faire c'est d'aller sur des résultats d'information qui sont plutôt de logique exhaustive, à chaque type d'évènement, type de passage ville-hôpital, il va y avoir un questionnaire qui va pouvoir être rempli et qui va être intégré. Pour moi la question centrale c'est : les dimensions qui sont observées, à quel type d'action-intervention ça correspond, et la représentativité de ce que l'on mesure ? A avoir des dispositifs où finalement on ne peut pas les utiliser parce qu'on est incapable de contrôler les biais de sélection sur qui répond, ça n'apporte d'information à personne, ce n'est pas utile, c'est de l'argent fichu en l'air. Donc il vaut mieux avoir des systèmes avec des bons échantillons représentatifs qui mesurent la bonne dimension, plutôt que des systèmes artisanaux où finalement on ne peut pas utiliser les réponses. »

Participant

« Pour aller plus loin dans la question d'Hector, quels acteurs type Berkeley Université ou grosse université capable de nous soutenir ont la capacité de nous aider pour créer des bases de données pertinentes ? parce que si on n'a pas engineering on n'y arrivera pas. »

R : « Je pense qu'à un moment donné il faut comme le disait Dominique Polton tout à l'heure, il faut que la statistique publique soit engagée. On a des capacités, des compétences du côté de la statistique publique qui aujourd'hui ne sont pas allouées à ce secteur, à ce champ-là et le jour où il y a un mandat pour, forcément ce sera très utile pour tout le monde. Par exemple nous on travaille avec la DRESS, on est en copie dans des comités de suivi, dans des opérations comme des panels de médecins généralistes, ce sont des outils de qualité, l'échantillon est super représentatif, il y a une armée de très bons statisticiens derrière. Là on a des objets qui sont utiles à tout le monde. Donc il y a la question d'embarquer la statistique publique. Du côté académique, il n'y a pas de difficultés majeures, il y a de la disponibilité, il y a aujourd'hui beaucoup de lieux académiques qui travaillent sur les questions de santé. Le jour où vous vous mettez autour de la table pour monter des collaborations, ils partiront. Qu'est-ce que recherche le milieu académique ? ils ont des questions à l'esprit, des concepts, des jeunes en formation et ils voudraient accéder à des données. Donc le jour où il y a un partage de données, une mise à disposition de données vous aurez des étudiants en sciences humaines et sociales qui iront travailler sur ces objets-là et c'est comme ça que ça peut fonctionner. Bien sûr il y a la question des appels à projets, des appels d'offre mais aujourd'hui ils existent, ce n'est pas le sujet. On a un vrai sujet d'accès à la donnée, on n'a pas de gros sujet de mobiliser des jeunes chercheurs pour travailler sur ces questions-là ou d'avoir des réponses à appels d'offres ou des financements pour financer le temps de travail sur ces données. Aujourd'hui la contrainte majeure est sur la mise à disposition des données et l'existence des données. »

Intervention 12h15 : Freins et leviers à l'adhésion à une CPTS - Une typologie des professionnels (Programme CAPITALES)

Par Laura Moscovia (DMG UPEC), Jacques Cittée (DMG UPEC, Vice-Président de la Fédération des Maisons de Santé en Île-de-France), Julien le Breton (UPEC, SFMG)

Contexte :

La loi de modernisation de 2016 introduit les CPTS afin de développer une médecine de proximité plus structurée et la coordination entre les professionnels de santé. Les CPTS sont présentées comme une des solutions pour améliorer l'accès aux soins, dans un contexte de difficultés de parcours des maladies chroniques, et de contrôle budgétaire. un des objectifs des CPTS est d'amener les professionnels de santé à changer leur façon d'exercer en suscitant leurs adhésion et mobilisation autour d'un projet de santé commun. Les CPTS étant laissées à l'initiative des professionnels de santé, ceux-ci deviennent des acteurs de mise en œuvre de ce dispositif, questionnant de fait les processus d'émergence du point de vue des professionnels, ainsi que leurs motivations et freins à y participer. Face à ce constat, l'initiative de **ce projet** est née, portée par le DMG de l'Université Paris Est Créteil (UPEC), initialement non rattaché à un laboratoire labellisé, mais en association avec une structure associative de recherche. Ce qui est visé est de mettre en place un observatoire collaboratif, au niveau infrarégional (77, 91, 93, 94).

Méthodes :

Les travaux ont été répartis par équipes avec des études de cas multisites, études qualitatives en focus group, entretiens individuels, études quantitatives (questionnaires), revues de la littérature (méthodes de consensus pour comprendre à quoi rattacher ces objets au niveau international). Il y a donc 2 types de méthodes : des **approches territoriales** (s'appuient sur les CPTS franciliennes rattachées à l'UPEC et UVSQ) et des **approches socio-professionnelles**.

Résultats :

Il s'agit d'une partie CAPITALE des résultats de ce programme : **motivations et freins à adhérer et participer à une CPTS**. Les résultats sont intermédiaires, donc centrés sur les médecins et les infirmiers. La population recrutée correspond à 12 CPTS : composées en association, organisées en plusieurs collèges (par professions ou par catégories d'acteurs, avec un CA et un bureau, de tailles différentes, issues de 5 départements différents).

3 questions se posent du point de vue des généralistes et des infirmiers : Quels enjeux motivent l'implication des professionnels à participer et s'impliquer dans une CPTS ? Quelles attentes ? Quelles expériences tirent-ils des CPTS en fonctionnement ?

Perceptions des infirmiers :

- **3 focus groups**, 16 IDE libéraux, surtout des femmes en cabinet. 5 participaient à 1 CPTS, 3 étaient porteurs de CPTS, 3 découvraient le dispositif
- Réalisés sous forme d'ateliers selon la méthode des chapeaux de Bono (6 points de vue représentés par des chapeaux de couleur)
- Résultats : espoir dans les CPTS mais également conscience du travail à faire et de l'importance de la force collective. Les IDE sont motivés pour ne plus être seuls, mais également fatalistes car « il n'y a rien à perdre ». Les IDE partagés entre doute/incertitude devant l'utopisme du projet et un mode de fonctionnement assez flou.
- **Craintes de** normes inatteignables, de devoir « faire plus », de « disparaître dans la masse », d'une perte d'individualité. des inquiétudes aussi sur le déploiement des CPTS : absence de résultats concrets questionnant la rentabilité de l'investissement des professionnels, un besoin d'une vision différente de celle du médecin et donc un risque de hiérarchisation et des difficultés relationnelles, une intégration des infirmiers faite par « image » sans volonté réelle de co-création, solutions illusoire (charge importante en plus des soins, devoir prendre encore plus de patients), crainte d'obligation d'adhérer et d'avoir des missions imposées par les institutions (retour négatifs sans vraies explications).
- **Bienfaits des CPTS** : Trouver du sens, construire des projets collectifs, travailler ensemble en gardant son autonomie, recréer du lien entre professionnels et avec les autres structures, améliorer la qualité des soins via les échanges, l'utilisation d'outils partagés, encourager la formation, reconnaissance de leur profession.

- **Solutions proposées** : travailler sous forme de réunion pour échanger sur les pratiques, favoriser le travail en petit groupe, que la CPTS soit un vecteur de communication et de relai d'informations, que la CPTS soutienne les IDE face aux changements professionnels (ex : nomenclature), simplifier la communication avec les instances, créer des protocoles sur mesure et adaptables à la réalité du terrain.

Perceptions des médecins généralistes :

- **5 focus groups** menés jusqu'en 2022, 59 participants, majoritairement des hommes en MSP, MSU principalement. 22 porteurs de CPTS, 7 participants, 5 adhérents, 25 découvrant les CPTS
- **Résultats** : enthousiasme de travailler à plusieurs et de pouvoir créer, beaucoup d'espoir et d'envie de démocratiser la médecine, participer aux transformations pour ne pas les subir. Perplexité et incertitude sur le résultat réel final et sur la réalité des changements en profondeur.
 - > **Craintes** : complexité de mise en place et de fonctionnement (lourdeur administrative, charge de travail...), rigidité du système et sectorisation, risque d'obligation d'intégrer une CPTS (contreproductif), se voir imposer des missions n'ayant pas de sens, risque de compétition entre les CPTS, crainte d'une perte d'autonomie (changement de métier, disparation de l'exercice libéral), risque de contrôle financier déguisé des institutions.
 - > **Espoirs** : résoudre des conflits en recréant du lien, création de projets en prenant en compte la réalité du terrain, fonctionnement plus démocratique (choix du leader, de la gouvernance...), liberté d'exercice en ayant des moyens mis à disposition pour mieux s'organiser sur le territoire, levier pour valoriser le travail de groupe et le partage de compétences afin d'améliorer la qualité des soins, augmenter l'attractivité du territoire et une reconnaissance des soins primaires, améliorer l'accès à la recherche en soins primaires.
- **Solutions proposées** : transformer le rapport avec les institutions pour travailler en partenariat, s'appuyer sur l'expertise de porteurs de projets et notamment les universitaires, embaucher du personnel ayant des compétences de management et de communication, s'appuyer sur les outils de coordination existants, former les jeunes professionnels au management et à la gestion de projets
- **Des profils de médecins** ont été identifiés selon leurs attentes et leurs craintes, 4 classes ressortaient :
 - > **les réticents** : cabinets isolés, sans autre activité professionnelle, exprimant des doutes, de la peur et un sentiment de contrainte, sans attentes particulières.
 - > **les mitigés** : qui avaient une connaissance floue des CPTS et semblaient indécis.
 - > **les enthousiastes** : exerçaient en cabinet (de groupe, MSP, CDS), avaient une autre activité professionnelle, exprimaient 4 craintes principales (lourdeur administrative, perte d'efficacité si trop grande CPTS, multiplicité des structures, pérennité du financement), encouragés par le fait d'innover, de travailler en équipe et de faire de la prévention.
 - > **les inconditionnels** : très peu de craintes, défendaient l'apport positif de la CPTS (parcours, coordination, prévention, innovation, attractivité)

Ces entretiens ont été complétés par des entretiens individuels réalisés auprès de médecins généralistes exerçant sur des territoires de CPTS en fonction depuis au moins 1 an. les **apports positifs perçus** étaient : le partage de valeurs communes permettant la construction de projets intéressants et de fédérer un réseau de professionnels, la possibilité de choisir et moduler son degré de participation, les financements. les **difficultés rapportées** sont : la difficulté d'un équilibre entre activité de soins et participation à la CPTS, difficultés de communication au sein de la CPTS, manque d'effectifs pour faire vivre la CPTS. le manque d'informations sur les CPTS engendrait des idées reçues à l'origine de frustration et de déception. Ils proposaient d'améliorer la communication au sein des CPTS (outils communs), optimiser le temps pour éviter la surcharge professionnelle (ex : diminuer les temps de réunion), de diminuer le nombre de projets portés (1 ou 2), améliorer l'indemnisation financière.

Discussion :

Ces travaux ont permis de décrire le point de vue d'acteurs du terrain. L'accès facilité au terrain d'enquête grâce au lien avec UVSQ/UPEC constitue un **biais** (CPTS portées par des professionnels engagés). le recueil de données est encore en cours auprès d'autres acteurs professionnels (kiné, pharmaciens). L'ensemble des résultats est **en cours de finalisation**. les perspectives sont d'accompagner et adapter les stratégies de mise en œuvre, la création d'un observatoire.

Conclusion :

Les CPTS sont perçues comme une organisation encourageante mais incertaine, assez mobilisante. **L'engagement est inégal** entre les acteurs qui sont partagés entre optimisme et scepticisme : participer aux transformations tout en conservant son indépendance, avec un risque de déception face aux résultats. Il ressort un **besoin de compréhension, de simplification et de reconnaissance**. Il y a une nécessité de croiser les approches territoriales et socio-professionnelles, afin de mieux appréhender les dynamiques territoriales (dimension méso) et les dynamiques socio-professionnelles (dimension macro). L'autre enjeu est la **dimension diachronique du phénomène CPTS**, qu'il faut pouvoir analyser de façon longitudinale via les dynamiques sous-jacentes. Il est donc nécessaire d'élaborer un outil collaboratif pérenne : un **observatoire pluridisciplinaire**.

Échanges avec les participants

Participant

« Qui a financé votre travail ? »

R : « C'est un programme de recherche financé, soumis dans le cadre d'un PREPS (programme de recherche sur la performance du système des soins), et on a obtenu un financement de 170 000€ pour pouvoir mener ce projet. »

Participant

« Bonjour, moi j'avais deux questions. La première c'est est-ce que c'est un choix de votre part de ne pas avoir pris des personnes anti-CPTS pour aller in peu plus loin dans l'analyse des freins ? En 2022, je ne sais pas si le mouvement Médecins pour Demain existait déjà, mais ça aurait pu être intéressant.

La deuxième : parmi les découvriers - médecins généralistes et infirmiers - dans quelle proportion seraient-ils soit mitigés, soit sceptiques ou réticents ou deviendraient enthousiastes ? »

R : « Merci pour votre question. Effectivement ça faisait partie des biais dont on avait conscience en fait puisqu'on a eu un accès facilité aux professionnels dans le cadre universitaire. Donc ça on avait bien conscience, d'ailleurs les focus group qui ont été réalisés auprès des médecins généralistes, se sont faits dans le cadre d'ateliers lors d'un congrès, le Congrès National des Généralistes Enseignants de 2019, donc on savait très bien qu'il y avait un biais de sélection parce que sur ce congrès ce sont des généralistes enseignants, donc pour la plupart qui font de l'enseignement et de la recherche. Toutefois, on avait essayé de faire une compilation de différents travaux menés sur le sujet. Dans le travail mené sur les intérêts perçus des médecins généralistes qui exercent sur des territoires dont les CPTS sont en fonctionnement depuis au moins un an, dans nos critères d'échantillonnage, on avait en fait ce critère d'aller chercher des médecins qui ne sont pas adhérents. Alors cela a été évidemment très difficile, on a eu un médecin non adhérent qui a bien voulu faire un entretien. Sinon l'étudiante qui a bien voulu travailler dessus, a appelé des dizaines de médecins mais n'a pas eu de retours. Donc effectivement c'est une grosse limite de notre travail, mais je pense que c'est aussi un constat et on espère que petit à petit on puisse aller toucher ces médecins mais pour l'instant on sait que c'est compliqué. Et ensuite, la deuxième question, du coup on n'a pas trouvé d'association statistique pour faire cette typologie, on a utilisé une méthode d'analyse factorielle qui permettait de croiser effectivement des variables qualitatives mais on n'a pas retrouvé de facteurs discriminants. C'est un travail qui a été fait à partir des résultats qu'on avait là et d'une enquête par questionnaire qui a été effectuée via la SFMG. »

Participant

« Je crois que vous avez répondu à ma question. C'est-à-dire que je crois que surtout dans la 1^{ère} partie des résultats que vous avez présentés, est-ce que vous avez pu faire des différences entre les professionnels de santé qui sont engagés concrètement dans la CPTS et ce que vous appelez les découvriers ? Est-ce que les réponses sont différentes ? on pourrait l'imaginer a priori, mais c'est peut-être quelque chose qu'on pourrait vérifier ? »

R : « Non effectivement, on n'a pas été jusque-là en fait dans l'analyse de nos résultats, donc je ne pourrai pas vous répondre concrètement. Par contre, ça rejoint un petit peu la réponse qui a été faite juste avant sur le fait que dans le travail auprès des médecins généralistes exerçant dans des territoires de CPTS en fonctionnement, on a essayé effectivement d'aller chercher des gens qui ne connaissaient pas les CPTS. Mais c'est quelque chose qu'il faudrait affiner pour voir s'il y a une différence de résultats entre ces différents professionnels. Après toutefois, dans les résultats d'analyse des focus group, on voyait qu'en dépit du fait que les focus group étaient composés de 25 personnes découvriers et 22 porteurs, on avait la notion de flou sur le fonctionnement des CPTS. Il y a encore un travail d'information à faire auprès des professionnels pour clarifier sur ce qu'est la CPTS, parce que parfois il y a des confusions (entre organisation et soin). Ceci peut amener certains professionnels à ne plus avoir envie de participer aux CPTS. »

Participant

« Bonjour, j'avais une question par rapport à votre conclusion, vous évoquez l'idée de promouvoir un observatoire, ça résonne avec ce que disait Hector, avec l'intérêt de constituer une base de données commune. Et ça me fait penser aussi qu'il y a un observatoire d'exercice coordonné, qui est géré par la puissance publique avec des cartes qui sont affichées, des CPTS, des MSP. Il y a la FCPTS qui produit aussi des cartes, et je me dis, il y a peut-être un enjeu à essayer de construire un seul observatoire et c'est peut-être tout l'enjeu de construire un partenariat, ce que vous avez évoqué comme un des enjeux des CPTS, une forme de partenariat avec les tutelles. »

R : « Oui bien sûr on est dans le partenariat. S'il y a observatoire ce ne sont pas uniquement des données quantitatives ou des cartes, il faut aller essayer de comprendre et donc l'enjeu c'est de mettre en place un ensemble d'explorations qui donnent à la fois du chiffre et du sens. Que ce soient donc des méthodes mixtes. La difficulté c'est la base de données : la capitalisation. Donc effectivement, il faut un système d'information. Il faut aussi capitaliser les données qualitatives. Hier on était en train de discuter en équipe avec les géographes qui nous demandaient de récupérer les entretiens pour avoir une vision de géographe de la santé, ce qui nécessite aussi de bien structurer ça, d'être bien anonyme... tout un travail de structuration pour faire cet observatoire et ensuite la dimension : est-ce que ce doit être au niveau national ? régional ? Nous sommes franciliens et en plus sur quelques départements, on trouve qu'il y a déjà suffisamment de choses à faire à notre niveau et on est plutôt dans une approche de construction de méthode. Si ces méthodes deviennent valides, c'est plus facile d'étendre à la région et aussi à toutes les initiatives qui se font au niveau national. Mais il y a nécessité d'avoir quelque chose qui se mette en place dans le temps, on l'a vu aussi, ça évolue entre 2018-2019 et maintenant, plein de choses se sont passées et il faut maintenant regarder des cartes comme celles que les géographes aiment bien faire, avec des indicateurs. Est-ce que ces indicateurs répondent plutôt aux projets de santé ou ce sont des indicateurs négociés avec l'Assurance Maladie, qui peuvent être parfois un peu différents ? On voit qu'il n'y a pas de superposition de ces indicateurs et que ça va évoluer dans le temps, puisque la convention d'une CPTS est faite sur 5 ans. Et pour les plus vieilles CPTS qu'on a pu regarder, qui ont 6-7 ans de recul, on voit bien qu'il y a des choses qui se passent. Et donc le système doit aussi pouvoir nous permettre de voir ça. C'est donc une démarche pragmatique commencer, le faire en pluridisciplinarité et pouvoir mettre en place des outils qui puissent fonctionner ensemble. Et évidemment il vaut mieux qu'on échange entre nous et cette journée aujourd'hui, merci Hector et toute l'équipe, est faite justement pour échanger là-dessus. »

Participant

« Comment vous voyez cet observatoire ? J'ai bien compris qu'il fallait avoir des données quantitatives et qualitatives, pour savoir comment ça fonctionne et s'inscrire dans la durée et voir comment est géré cet observatoire, au niveau national et local. Donc il y a des questions auxquelles il faudra répondre et je pense au rapport 100% CPTS : c'était une des conclusions aussi, c'est la création d'un observatoire. J'avais une autre question : lorsque vous avez interrogé les professionnels de santé, c'étaient des focus group mono-pro et pas de focus group pluri pro ? Est-ce qu'ils y trouvaient un intérêt à travailler en pluripro sur cet outil de santé publique ? »

LM : « Nous avons fait le choix d'entretiens collectifs mono-professionnels de façon à encourager la libre expression car on craignait qu'en faisant un entretien pluri pro on retrouve le sentiment de hiérarchie et que tout le monde ne puisse pas s'exprimer. Dans les projections, il ressortait beaucoup l'envie quand même de travailler ensemble et de co-construire des projets, et chez les infirmiers c'est fortement ressorti justement avec la crainte d'être intégrés uniquement « par image ». Ils avaient vraiment envie de pouvoir travailler en partenariat avec les autres professionnels et pas simplement pour répondre aux attendus du pluri-pro des institutions. Sur les projections : on voyait que pour le moment, ils défendaient le fait de pouvoir créer des projets de soin cohérents et en lien avec les problématiques du terrain. On voit effectivement l'ancrage du terrain. de pouvoir apprendre à se connaître, ils exprimaient que on travaillait côte-à-côte mais finalement on ne savait pas très bien ce que les autres faisaient. Sur la projection, parmi les doutes exprimés, cette incertitude et la difficulté à se projeter sur qu'est-ce que ça va apporter. »

JC : « Pour compléter, on est à la croisée entre des dynamiques monoprofessionnelles, pluriprofessionnelles et territoriales. Et je pense qu'on a suffisamment de recul et qu'on va peut-être se lancer dans des focus group pluri professionnels. le problème d'un focus group c'est que les gens doivent partager la même expérience et doivent se sentir comme des pairs. S'il y a effectivement des effets de hiérarchie ça ne marche pas. Mais on pense qu'on va pouvoir trouver des endroits où les gens vont pouvoir parler d'une expérience partagée alors qu'ils ne sont pas du même métier mais qu'ils sont du même territoire. Ça va être un peu un défi méthodologique mais ça peut se faire. Mais au départ ce n'était pas possible. »

Participant

« Si vous voulez trouver des opposants, demandez une enquête à l'URPS. Ils sont prêts à le faire, alors qu'il y a 2-3 ans ce n'était pas la peine. »

JC : « Oui probablement, après la question c'est d'avoir une stratégie de gestion de nos ressources, de notre énergie, on se dit que la CPTS dans sa constitution ce sont des volontaires, mais il y en a parmi les volontaires dont les postures et les positions sont différentes. C'est ça qui crée l'objet. Effectivement les opposants font partie de l'objet sans être dans l'objet, ils sont opposants en faisant ou en ne faisant pas, pour l'instant ils n'ont pas pris les armes contre les CPTS. Je pense qu'il y a un intérêt auprès des politiques publiques de regarder dans toute la profession s'ils adhèrent ou pas. On le sent lorsqu'on discute avec l'Assurance Maladie qui nous dit « Combien d'adhérents ? c'est qui les adhérents ? etc. », donc on sent bien qu'il y a une contradiction entre le fait que la CPTS est un objet volontaire et des gens qui s'y impliquent, et en même temps de dire c'est un territoire, il faudrait mettre tout le monde dans la même case. Donc les opposants c'est intéressant de voir comment ils évoluent et de regarder parmi les CPTS les plus matures, sur la population de professionnels qui n'étaient pas impliqués, qu'est ce qui se passe ? Et c'est plus intéressant de regarder sur un territoire vraiment pour ceux qui ne s'y impliquent pas. Qu'est ce qui fait qu'ils ne s'impliquent pas alors qu'il y a des choses qui se passent ? On aura vraiment une réponse ancrée sur les territoires et avec des choses partagées. »

Participant

« Dans les freins et les leviers, il y a sans doute la taille de la CPTS qui intervient. Nous on est une CPTS de taille 4 avec 200 000 habitants, plus de 1500 professionnels de santé et les relations directes avec les professionnels de santé sont quand même assez complexes à avoir. J'imagine que dans les CPTS de taille 1, on a des contacts plus fréquents, plus quotidiens, de proximité avec les professionnels de santé. Et donc je pense que les freins et les leviers ne sont pas les mêmes quand on parle de CPTS de taille 1 ou de taille 4, où il est plus compliqué d'avoir une relation de proximité avec les professionnels de santé, donc d'expliquer ce qu'on fait, à quoi on sert, d'initier des projets. »

LM : « Merci pour votre réflexion qui rejoint les questionnements qu'on avait eu également dans l'équipe du comité de pilotage. Effectivement ce sont des hypothèses à aller tester et explorer, par exemple que la taille de la CPTS peut avoir une influence sur l'engagement des acteurs professionnels. C'est ce qu'on s'imagine. On aimerait pouvoir aussi aller l'explorer pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. Nous avons une double casquette d'enseignant chercheur et de professionnel, qui influence même si on essaye d'être le plus neutre possible, on ne peut pas nier cette double casquette. Et on n'a pas ouvert nos discussions sur la problématique de l'historique du territoire, qui très probablement a aussi une influence sur la manière dont les acteurs veulent s'engager ou non dans une structuration de CPTS. Donc c'est une hypothèse qu'on fait aussi et qui fait partie des différents questionnements et des perspectives du programme CAPITALES, puisqu'on finalise le recueil pour faire la synthèse de l'ensemble des résultats. C'est un programme de recherche en 4 volets donc on a beaucoup de données qu'il faut qu'on synthétise et qu'on valorise et on réfléchit sur les perspectives pour continuer à explorer la manière dont les acteurs participent à ces transformations. »

JC : « une chose apparaît, c'est le capital collaboratif. Tous les territoires n'ont pas le même capital de collaboration dans le passé, et ça change les choses. et ça c'est le qualitatif qui nous l'a montré, c'est pour vous dire qu'il faut associer les deux méthodes. »

Intervention 14h00 - CPTS et observatoire des ruptures de parcours : Un projet de recherche ancré sur une étude de terrain

Par Frédéric Kletz (Mines ParisTech), Isabelle Aubert (Université de Lille - LUMEN)

L'intervention porte sur plusieurs recherches effectuées dans le domaine des territoires, des parcours, DAC, CPTS... tout un écosystème en cours de construction. L'équipe de recherche regroupe différents chercheurs d'universités différentes, avec une volonté de recherche-action et de recherche sur le terrain. Elle répond à la demande des acteurs, avec une majorité d'hôpitaux, mais aussi ARS, CPTS, autres institutions. Ce sont des études à long terme avec un accompagnement des acteurs dans leur projet, notamment de transformation.

Les études abordées au cours de cette intervention portent sur l'analyse des ruptures de parcours. Sujet théorique auparavant, mais l'ARSIF était en avance avec un projet concret à ce sujet, permettant de passer d'une gestion très cloisonnée selon les séjours de patients à une gestion de parcours transversaux. La difficulté est de coordonner les acteurs autour du parcours d'un patient. L'émergence de la notion de parcours avait commencé avec le virage ambulatoire (raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital, faire que la ville prenne le relais plus tôt). Malgré une montée en puissance du concept, on assiste toujours à des ruptures de parcours, avec des patients qui connaissent une rupture délétère pour leur santé, pour le système de santé. Ce qui nous intéresse ce jour c'est la place des CPTS dans ce nouveau paradigme : en quoi les CPTS peuvent-elles être un acteur de pilotage ou de capitalisation des parcours ?

1^{ère} étude : coordination des parcours et outils numériques

L'étude partait du constat fait par l'ARS du nombre de ruptures de parcours, des difficultés de concertation des acteurs... L'idée était d'encourager les acteurs à s'occuper des parcours à travers une **plateforme numérique, Terr-esanté, dans le cadre du programme e-parcours**. Celle-ci permettait de s'échanger des données, d'avoir accès à des données sur le patient pris en charge (constituant une formidable base de données structurées par patient), d'avoir la possibilité de messagerie entre les professionnels concernés par un patient. Il s'agissait donc d'un outil pour faciliter et accélérer cette bascule de coordination des acteurs. La place des CPTS dans ce dispositif, en Ile-de-France tout du moins, était centrale, car elles étaient les acteurs voulant/pouvant intervenir dans la construction de ce parcours et dans l'utilisation de la plateforme. Ceci était **concomitant à l'émergence des CPTS**, il y a 4-5 ans. Elles jouaient un rôle : de coordination dans le pilotage, de diagnostic territorial, de construction du parcours, initier de nouvelles expérimentations/actions notamment avec l'hôpital. L'expérimentation de l'utilisation de la plateforme devait permettre d'initier de nouvelles formes de coordination ville/hôpital, EHPAD/hôpital etc. Cet outil de montée en puissance des parcours et de coordination ville/hôpital, a rencontré des **difficultés grandissantes**, conduisant à son abandon. Les difficultés étaient en partie des bugs informatiques et une maintenance informatique difficile mais qui n'expliquaient pas tout. En effet, l'ensemble de acteurs n'avait pas encore le niveau de maturation pour adopter ces parcours. Cette conjonction de difficultés a fait que l'outil n'a pas donné lieu aux résultats attendus malgré la bonne volonté et les expériences portées par les CPTS et les autres acteurs (DAC, hôpitaux).

2^{ème} étude : L'observatoire des ruptures de parcours

Les parcours de soins sont marqués par des ruptures. Il est parfois difficile de les analyser, notamment parce que la rupture c'est un discours sur un problème survenu dans le cadre d'une prise en charge, c'est un jugement porté par le patient ou le professionnel, avec une appréciation qui peut être différente, dépendante notamment du moment où est fait le constat, du territoire etc. Peut-être que ces éléments de rupture ne sont pas les mêmes dans d'autres territoires, et plus les mêmes qu'avant.

Parmi les acteurs privilégiés observant les ruptures de parcours (professionnels des CPTS, DAC), certains construisaient spontanément des observatoires pour recenser et mieux comprendre ce qu'il se passait lors des ruptures. Ces initiatives ont pu être reprises au niveau des agences régionales de santé, au niveau national avec l'élaboration de recommandations cependant restées floues. Nous avons souhaité savoir ce qu'il se passait sur le terrain.

Voici un **retour d'expérience sur la Seine-et-Marne**, sur le fonctionnement de l'observatoire mis en place dans ce département. Il repose sur 2 acteurs : **2 DAC et la DD**. C'est un peu éloigné de la configuration recommandée par les pouvoirs publics qui demandent 3 niveaux d'acteurs : DAC signalant les ruptures de parcours évitables (jugement professionnel) ; niveau méso territorial (gouvernance du DAC ou collectif d'acteurs représentants du territoire, se saisissant de l'analyse de certaines situations) et le niveau des pouvoirs publics qui est alimenté en signalements relevant de leur compétence (ex : problème de répartition de l'offre sur un territoire).

Exemple d'une situation qui a été étudiée en réunion entre les DAC et la DD : Cas d'une patiente âgée, victime d'un épanchement pleural nécessitant une ponction. Elle n'est pas vue par le système (présence d'un pneumologue référent). Adressée à l'hôpital, elle doit passer aux urgences pour être admise en pneumologie, entraînant 12h d'attente avant de pouvoir monter en service de pneumologie.

- Préconisation en réunion : travailler avec la filière de la responsable gériatrique pour voir dans quelle mesure pour des patients âgés, pour lesquels on a bien identifié le problème clinique, on pourrait faire un circuit alternatif avec admission directe en gériatrie puis passage du spécialiste d'organes dans ce service.

Les premiers résultats montrent des **apprentissages croisés** : le DAC obtient son appui sur certains sujets et repart avec des pistes opérationnelles. Ceci permet aussi un gain de connaissance et de pertinence pour la DD : l'action publique locale gagne en pertinence parce qu'elle est vraiment adaptée aux problématiques des patients et car les échanges contribuent à bâtir un diagnostic plus précis des manques d'un territoire. les **limites** de cet observatoire : on ne connaît pas les critères qui font que les ruptures remontent ou non, c'est une zone d'ombre ; c'est une démarche très pointilliste avec sur 1 an, 6 réunions et 16 situations étudiées ; d'autres acteurs institutionnels pourraient être mis autour de la table (ex : département).

Aujourd'hui, le siège de l'ARS se dit intéressé par la démarche mais n'a pas décrit précisément ce qu'il en attend et sa doctrine sur le sujet, et la façon de soutenir les observatoires sur la région. une **discussion est prévue** avec le siège lors de la remise du rapport final. Enfin, il existe peut-être un risque de redondance du fait de la création d'autres observatoires sur d'autres thématiques. Il est donc nécessaire de se demander si on doit garder des observatoires par problématique ou bien les réunir et donc adapter leur fonctionnement ?

Conclusion :

Les observatoires de parcours sont de nouveaux dispositifs intéressants pour avoir des remontées de terrain sur les ruptures de parcours. Concernant la place des CPTS, elles ne sont pas seulement, au même titre que les DAC, un acteur pour analyser, faire remonter les ruptures de parcours mais un **acteur indispensable** : un acteur de gestion des parcours et de l'observatoire de parcours. En effet, elles peuvent tirer des enseignements de ce qui est remonté (qu'est ce qui dysfonctionne dans les parcours ... ?), informer, documenter ces ruptures de parcours, et en tirer des enseignements pour mieux construire les parcours. les problèmes de ressources pour gérer les parcours ne peuvent pas résumer à eux seuls toutes les difficultés des parcours de patients. L'observatoire est donc un beau lieu de réunion des logiques pour améliorer les parcours.

Échanges avec les participants

Dr M-L. Alby

« Je ne comprends pas où on est parti dans la présentation. On a travaillé 3-4 ans sur e-parcours dans le 14^{ème}-13^{ème}. Moi j'ai 200 patients sur Terr-esanté. En Ile de France, en tous cas à Paris, il y a un problème particulier : il y a des hôpitaux à tous les coins de rue et les ruptures de parcours c'est essentiellement que les gens vont dans différents endroits. la deuxième chose, c'est l'adressage à l'hôpital, je ne vois pas en quoi le DAC va faciliter l'adressage à l'hôpital. Si c'est le DAC qui fait ça, c'est un DAC et une CPTS fusionnés. L'histoire que vous racontez là, on est en train de travailler dessus, c'est-à-dire qu'il faut une articulation ville/hôpital qui fonctionne et qu'il n'y ait pas de procédures qui bloquent les patients aux urgences. Mais on travaille tous là-dessus et je ne suis pas sûre que les réunions DAC et d'observatoire de rupture de parcours vont faire avancer la question. Parce qu'actuellement notre problème c'est de gagner du temps et que les gens ne soient pas dans des circuits très compliqués. En revanche, quand on a cherché un autre outil que Terr-esanté, on a été voir ce qu'il se passait en province. les problèmes y sont très différents et l'outil de coordination ne coordonnait pratiquement que des DAC et sur des problématiques médico-sociales. Donc je pense qu'il faut déjà savoir quel est l'objet de la coordination, quel est l'acteur de cette coordination. L'ARS adore l'idée de guichet unique, mais je pense que c'est complexe, qu'il y a plein de formules et qu'en Ile-de-France la coordination est au niveau des ruptures de parcours médicaux essentiellement. le social est très important mais ce que vous avez raconté c'est une rupture de parcours médical, tous les jours il y en a. Donc je pense que c'est un peu dommage que vous ne soyez pas revenus vers nous pour les ruptures de parcours. »

I.A. : « On va revenir vers vous. Je rappelle le propos, c'est de rendre compte d'une expérience, la mise en place d'un observatoire dans un lieu. L'exemple que j'ai pris c'est pour illustrer le type de discussions qui sont amenées par les DAC. Je ne porte pas de jugement sur la pertinence de la piste opérationnelle qui a été proposée pour éviter ce type de rupture, je rends compte. Ensuite deuxième point, là je vais aller dans ton sens, ce qui manque dans le 77 et qui certainement oriente le type de solutions qui sont choisies, c'est le fait qu'il y a uniquement les DAC et la DD. Il manque ce niveau de structuration des autres professionnels de santé, parce que c'est typiquement une situation qui aurait dû non pas remonter à la DD, mais transiter par une instance territoriale qui soit à même de proposer des solutions pour éviter que se reproduise ce type de rupture. Et j'imagine très bien qu'effectivement dans le 14^{ème} arrondissement, on envisage de procéder autrement sur le sujet. »

F.K. : « Je voudrais compléter, on pourrait réagir sur plein de points. Mais notamment sur cette séparation rupture médicale et rupture médico-sociale. On sait bien que les ruptures sont tout ça à la fois, c'est ça le problème ! C serait trop facile si le parcours était chaotique pour des raisons purement médicales. Ce serait trop facile s'il l'était que pour des raisons médico-sociales. C'est l'interaction entre ces deux aspects qui fait le parcours et qui fait les ruptures de parcours. Il faut que tous les acteurs de ces deux mondes, du monde du médico-social et du monde médical concourent ensemble et qu'il n'y ait surtout pas cette dichotomie qui a été un des problèmes de l'évolution du système de santé et qui pourrait le rester si on continue comme ça ; je répète le DAC et les CPTS ont tous les deux un rôle face à ces ruptures de parcours. Et nous qui sommes tous les jours dans des réunions, c'est bien les 2 compétences et d'autres expertises qui sont en jeu dans cette gestion des ruptures de parcours. »

Participant

« Je vais complètement changer de sujet, on a parlé de la nécessité de mixer les méthodes. On a parlé ce matin de la recherche clinique, de quanti, de quali. Là vous nous présentez deux études de recherche/action, ce qui est très intéressant pour les CPTS on devrait en faire plus, en faire d'autres. Comment on peut vous solliciter, que ce soit via l'ARS qui a demandé les deux premières études, mais peut-être que nous on peut vous solliciter pour nous accompagner sur des recherches/action ? »

R : « Pour répondre rapidement sur cette question, on est convaincus (car on pratique cette recherche depuis un certain temps à l'école des Mines et dans d'autres universités) qu'un accompagnement concret sur des problèmes concrets avec les acteurs, pour qu'on soit un acteur aussi parmi vous, pour vous accompagner réellement dans vos préoccupations, est une méthode plutôt riche, à côté d'autres méthodes qui ont été décrites ce matin ou par ailleurs. Pour nous solliciter, c'est très simple, vous nous contactez à l'école des Mines. Ce qu'on fait, c'est d'abord une petite phase exploratoire pour comprendre votre demande et on essaye déjà de rencontrer quelques acteurs qui contribuent à la question ou à la démarche, pour sortir l'état des points de vue sur le sujet. Et ça nous permet de construire une feuille de route avec vous, on ne veut surtout pas que vous nous sous-traitiez un sujet, ça on refuse systématiquement, il faut que vous soyez dans les réunions, que vous soyez impliqués. On construit avec vous l'ensemble de la démarche à partir du moment où vous nous sollicitez par mail à l'école des Mines. »

Lisa Kabbaj, coordinatrice CPTS Liens Santé 77

« Vous parlez de rupture de parcours, et à un moment donné vous dites « qu'est ce qui cloche dans la coordination ? » mais moi je vais vous poser la question autrement, il n'y a pas un problème dans la coordination, il y a un problème à la base de la réflexion, quand on a une rupture de parcours qui concerne un parcours médical et qu'effectivement ça se discute entre la DD et le DAC, il manque des acteurs.

La question qu'on peut se poser quand même sur cette situation, c'est « quand est-ce que vous l'avez repérée ? », parce qu'au Nord du 77, il y a peu de temps que les CPTS existent pour certaines. Quoiqu'il en soit, même sans cette réponse, c'est vraiment un problème de communication et d'organisation entre ces 3 acteurs, DD, CPTS et DAC, parce qu'avant les CPTS il y avait déjà des professionnels de santé, ils étaient malgré tout accessibles, les pros de santé qui sont aujourd'hui acteurs/meneurs des CPTS, je pense qu'ils étaient déjà joignables et que dans les discussions ils auraient pu intervenir. Donc, quand on travaille juste entre administratifs, ça ne peut pas fonctionner. »

Participant

« Merci Lisa, je pense que je vais compléter ton propos. Merci quand même pour votre travail parce que je trouve que malgré tout, ça permet, de montrer qu'un outil à lui-seul ne peut pas permettre de travailler en profondeur sur l'amélioration des parcours si on n'inclut pas l'ensemble des acteurs. Et effectivement vous l'avez bien dit, je pense que le fait et c'est très bien, c'est une très bonne initiative dans un premier temps d'avoir travaillé sur ces situations pour identifier ce qui ne va pas, mais il faut amener les professionnels à travailler sur cette réflexion aussi. Les professionnels n'ont pas forcément attendu aussi pour se poser ces questions-là, et ils ont aussi une expertise à partir de leur expérience pratique sur le terrain de ce qui ne fonctionne pas. Vous l'avez dit, je pense qu'il y a effectivement un problème de ressources mais pas que, moi j'avais envie de parler aussi de l'acculturation parce qu'on a beaucoup parlé de soins primaires ce matin, avec des professionnels qui cherchent à améliorer leurs pratiques dans l'intérêt de leurs patients, mais on voit qu'il y a quand même une réflexion autour de l'acculturation des professionnels, des décideurs et des chercheurs, je pense, pour aller plus en profondeur sur ce qu'on peut mettre en place de manière concrète pour accompagner ces ruptures de parcours au-delà d'un simple outil. L'outil peut permettre d'aider les professionnels, mais il faut toute la réflexion et le travail autour de l'acculturation. »

I.A. : « C'est une porte d'entrée, un cadre pour rentrer dans la discussion mais après il faut effectivement savoir ce qu'on met dans le cadre et qui on y met. »

R : « il y a suffisamment d'acteurs engagés sur le terrain et les territoires, et on le voit bien avec la structuration qui se fait de manière très progressive dans le cadre des CPTS, et je pense que ces professionnels, s'ils s'engagent dans les CPTS, c'est qu'ils ont envie de travailler en coordination. Donc c'est ce travail de coordination, si on veut qu'il se mette en place du côté des patients, il faut qu'il se travaille entre les acteurs, les décideurs et les chercheurs. »

Participant

« Merci pour cet échange, bravo pour l'observatoire. Maintenant, je me pose plein de questions, depuis ce matin, on parle beaucoup d'organisation des soins, des DAC... Moi je suis président d'une CPTS et il y a un seul truc qui m'intéresse c'est l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie des professionnels de santé. Par exemple, je travaille sur le dépistage du cancer du poumon, et on parle de parcours. Alors oui, il y a des belles phrases des uns et des autres, des coordonnateurs, mais on oublie la démographie médicale (...). Tous les généralistes ici présents, vous allez prescrire des scanners basse dose, on va se retrouver avec des kilos de nodules, tous les radiologues ne sont pas nickels, donc on va nous afficher « danger » avec des nodules à 4 mm, alors que ce n'est pas nécessaire. Mais derrière, quand on aura des nodules de 8 ou 9 mm, on aura une insuffisance du parcours de soins, avec la pénurie de professionnels de santé. Moi je suis en Charentes Maritimes, on sait tous qu'on n'a pas de pneumologue. Au-delà du contexte organisationnel, vous avez e-parcours, nous c'est parcours globule, bon bah en dehors de ça, qu'est-ce qu'on va faire de tous ces patients à partir du moment où on a une démographie médicale qui est basse ? Donc très bien de discuter d'organisation de soins, mais si derrière on n'a personne, il faut bien qu'on réfléchisse dessus. Pour en revenir à la recherche, la recherche dans le parcours de soins c'est là-dessus qu'on doit travailler. »

F.K. : « Alors là on partage parfaitement »

Intervention 14h45 : PREDIAB-COACH.**Innovation pluriprofessionnelle dans la prise en charge du prédiabète et évaluation de cette innovation.**

Sébastien Leruste (CPTS Grand Sud Réunion) et Jean-Marc Franco (Secrétaire adjoint de la FCPTS, chargé d'animer les CPTS ultra-marines)

Il s'agit d'une étude de recherche à la Réunion, construite à partir d'une innovation pluripro dans le repérage et la prise en charge du prédiabète. Le diabète de type 2 est une maladie chronique et silencieuse, dont l'hyperglycémie prolongée expose à des complications. Le diabète de type 2 est en **très forte progression** dans le monde : la Fédération Internationale du Diabète estime une augmentation de **50%** du nombre de patients diabétiques dans le monde à l'horizon 2045 (463 millions à 700 millions). En France, plusieurs régions ont un taux élevé de diabète traité pharmacologiquement : DOM-TOM, proche couronne parisienne, Hauts-de-France. L'étude de santé publique Esteban, visant à analyser l'impact des maladies chroniques en France, montre que la prévalence du prédiabète est de **9,9%**.

À la Réunion, le **profil** des personnes diabétiques est un peu **particulier** : personnes plus jeunes, surreprésentation féminine, un niveau socio-économique défavorable et une fréquence plus élevée des complications du diabète (rétinopathie diabétique et néphropathie). Dans le grand Sud Réunion, dans la CPTS, on a une prévalence très élevée de ce diabète et c'est pour ça qu'on l'a mis dans le projet de santé. Les complications sont bien plus précoces, survenant 10 ans plus tôt par rapport à la Métropole avec une prévalence plus élevée des complications rénales et des rétinopathies diabétiques. Il faut donc prendre le problème en amont et travailler sur le prédiabète.

À l'échelon national, une politique de prévention du diabète est définie dans la stratégie nationale de santé qui souhaite porter l'innovation au service de la prévention. Il faut mentionner aussi le plan national priorité prévention, qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et qui aborde les éléments environnementaux ou comportementaux qui déterminent les problématiques de santé.

À la Réunion, en 2019, il y a eu un suivi de cohorte (étude Prediab RUN portée par le CHU) visant à repérer les prédiabétiques sur 5 ans et à les suivre pour connaître les déterminants présidant à la transition du prédiabète au diabète. Le DMG a été impliqué dans cette étude, qui a été financée par des fonds européens. Dans le cadre de l'étude on a également souhaité savoir ce que faisaient les médecins généralistes par rapport au prédiabète. Il est apparu qu'ils utilisaient peu les outils de repérage, notamment FindRisk (score prédictif du risque de devenir prédiabétique), et qu'ils étaient demandeurs de formation. L'ARS a s'est alors impliquée en créant un programme réunionnais de nutrition et de lutte contre le diabète, réunissant 12 acteurs concernés, comprenant des actions de repérage du diabète et l'incitation à l'utilisation de FindRisk.

La CPTS a été créée en 2020, sur un territoire de 55000 habitants (3 communes). Dans le projet de santé nous avons choisi de travailler sur la **sensibilisation de la population** aux mesures hygiéno-diététiques, en **prévention primaire** pour éviter la survenue du diabète. L'objectif était donc de travailler sur l'alimentation et la sédentarité. La première étape était de repérer les personnes grâce à **FindRisk**. **L'ARS** nous a financés à hauteur de 10 000€ dans le cadre du fond d'innovation régionale. Un travail a été mené avec les communes, les diététiciens, les éducateurs APA. Un programme d'éducation thérapeutique pour le prédiabète a été élaboré.

Le score Findrisk est facile à faire, il suffit d'avoir le poids et la taille pour calculer l'IMC. Un risque modéré a été défini à partir de 12. Au-dessus il faut aller voir le médecin traitant pour faire une glycémie à jeun. Ce protocole a été fait dans le groupe de travail de la Mission 3 prévention de la CPTS.

1. Utilisation de Findrisk
2. Si > 12, proposition d'une glycémie à jeun
3. Si la glycémie est entre 1,1 et 1,5 g/L, le patient est prédiabétique et il lui était proposé de bénéficier de 3 actions : 2 séances individuelles avec un diététicien, 24 séances d'APA, un bilan d'éducation thérapeutique pour modifier ses pratiques et permettre de bénéficier des activités prévenant l'arrivée d'un diabète.
4. Évaluation

Ainsi donc il y a eu d'abord la mise en place de l'étude Prédiab Run avec le repérage des personnes prédiabétiques, puis la construction du parcours en pluripro, au sein de la CPTS avec les partenaires. Le financement était en partie **ARS** et en partie **ACI**.

L'idée de la recherche est venue ensuite. On a décidé de faire une étude interventionnelle chez les prédiabétiques repérés, en partant du protocole et en intégrant du coaching en plus : 1 bras sans coaching et un bras avec coaching. le critère de jugement est la perte de poids. L'intervention est une **relance par SMS** pour sensibiliser le patient prédiabétique à la perte de poids dans le cadre d'un parcours de santé ETP, diététique et activité physique. On a construit ce protocole de recherche, et on l'a proposé à l'ensemble des CPTS de la Réunion. Évidemment tous avaient un projet de santé sur le diabète donc ils ont accepté le protocole. L'ARS a aidé les CPTS à s'engager dans l'étude. On a répondu à l'appel à projet RESPIR, permettant d'obtenir 278 000€. les CPTS, sur les ACI, financent la partie diététique, l'ETP et l'APA. L'ETP est aussi financé par le DAC. L'objectif est de réduire de 3% le poids dans le bras interventionnel. les résultats sont en attente, l'étude vient de commencer.

La construction de ce travail s'est faite en collaboration avec des enseignants chercheurs, le protocole a été élaboré en pluripro (diététiciens, éducateurs sportifs, médecins, IDE). Grâce à l'inter CPTS, cela a permis d'embarquer l'ensemble des CPTS de la Réunion. le recrutement se fait via le médecin généraliste. le nombre de personnes à inclure est de 300 participants, environ 50 par CPTS. la durée de participation est de 12 mois. L'appui de l'ARS a été moteur, avec beaucoup d'encouragements. Il s'agit d'une **recherche/action** qui permettra d'évaluer une intervention.

Échanges avec les participants

Hector Falcoff, SFTG Recherche.

HF : « J'ai bien compris que vous profitez de l'écosystème des CPTS pour évaluer une intervention. Ça a été plus facile à monter du fait que vous avez cet écosystème. Ma question c'est : qui gère les envois des SMS, donc qui a les téléphones des patients, par rapport à la question RGPD ? Est-ce que c'est chaque cabinet qui le fait de son côté ? Est-ce que c'est centralisé ? »

R : « C'est une question technique que je ne connais pas. Lorsque le protocole a été construit, Sébastien Leruste est allé voir le CIC, la DRCI du CHU et on a défini la lettre d'intention puis on a proposé cette étude dans le cadre de RESPIR. Donc je pense qu'il y a un financement d'une coordinatrice qui va récupérer les données patient auprès des généralistes, ce sont les généralistes qui vont recueillir le consentement des personnes. Ils auront en effet fait le repérage, le dépistage et le diagnostic du prédiabète avec Findrisk. Dans la CPTS Grand Sud, on fait des manifestations dans toutes les communes et on fait passer le test à la population en direct et on demande à la personne d'aller voir son médecin traitant quand le score est supérieur à 12. Donc c'est le médecin généraliste qui va être investisseur via la CPTS et qui va transmettre les données patient une fois le consentement éclairé obtenu. »

Frédéric Kletz (Mines ParisTech)

F.K. : « Merci à la fois c'est génial de pouvoir porter sur le terrain une expérimentation sur les diabétiques avec l'ensemble des acteurs, mais en même temps je me disais : des études sur les diabétiques avec coaching, il doit y en avoir des dizaines qui ont été menées. Vous êtes-vous documentés un peu avant ? Voir ce que d'autres ont fait ? Est-ce que vous avez regardé l'article 51, qui a une portée nationale et une vraie envergure ? Dans lequel il y a à peu près ce même type d'approches qui ont été proposées et où maintenant on a 5 ans de recul pour voir ce que ça a pu donner, et dans une démarche encore plus vaste. Donc voilà est ce que vous avez pu regarder pour être sûrs de pas réinventer la poudre ? »

JMF : « D'accord, quand vous parlez de l'article 51, c'est-à-dire que ? »

F.K. : « Je fais allusion à l'article 51 sur la responsabilité populationnelle, parce qu'ils travaillent sur plus de 3 pathologies dont le diabète et ils ont fait exactement ce que vous proposez avec plusieurs autres éléments dont on pourra parler si vous connaissez. »

R : « On est quand même dans la recherche action. On sait qu'il y a des études américaines, des études du monde entier qui montrent qu'il y a 1,5x plus de personnes prédiabétiques par rapport au nombre de diabétiques. Donc on a un nombre important de gens qui sont susceptibles de basculer vers le diabète et l'objectif c'est d'endiguer la vague. On sait que l'APA et les conseils diététiques ont montré leur efficacité, il y a plein d'études là-dessus. Après, c'est une étude réunionnaise donc peut-être qu'il y a d'autres études de ce type-là et tant mieux (...), mais le but des études article 51 c'est ensuite de les déployer sur le plan national. (...).

Les études/articles 51 je connais bien puisque j'expérimente Icop, on est dans les 13 structures expérimentant Icop, l'objectif c'est qu'après tout le monde en profite et se dise « oui cette expérimentation a été efficace et tout le monde va en profiter » (...). En tous cas dans les études RESPIR, je peux vous dire que c'est très compliqué (...), on passe par les fourches caudines de méthodologistes, de statisticiens et je peux vous dire qu'ils font la revue de littérature pour savoir si l'étude est vraiment originale ou pas. Enfin pour obtenir 278 000 €, ça n'a pas été simple, on a dû vraiment argumenter et c'est passé, donc on en est fiers ! »

Participant

Moi j'étais très intéressée par votre étude, je me suis juste posé une petite question, c'est que vous avez un bras avec éducation thérapeutique et un deuxième avec éducation thérapeutique + SMS, mais finalement on aurait pu avoir un bras sans éducation thérapeutique aussi. Justement ma question qui rejoint celle qu'on vient d'évoquer c'est : est-ce que vous ne l'avez pas fait parce que pour vous il y a assez de littérature pour penser que cette intervention de toute façon est efficace et donc vous voulez juste mesurer l'impact d'un SMS additionnel ? Mais en même temps on pourrait se dire que c'est dans les conditions de la Réunion, ça peut être intéressant de voir quel type de programme (est efficace).

JMF : « Je suis d'accord avec vous. Je n'ai pas participé vraiment à la construction de l'intervention mais vous avez raison, parce qu'en fait dans l'ETP il y a des éléments sociologique, anthropologiques, est-ce que la construction du programme est efficace ? Eh bien on ne le sait pas. Donc c'est vrai qu'on aurait pu faire d'une pierre deux coups : évaluer le bras sans programme (...). Quand on a dit « on fait un programme prédiabète », les gens ils nous ont regardés avec des yeux ronds comme ça, ils ont dit « mais ce n'est pas une maladie le prédiabète, c'est un trouble glycémique ». Mais nous on a dit « au contraire la personne est à risque cardiovasculaire », donc à partir du moment où elle est à risque cardiovasculaire, c'est très important de sensibiliser, même s'il ne sent rien, s'il y a une glycémie entre 1,10 g/L et 1,6g/L c'est qu'il y a un risque de développer un diabète. Donc vous avez raison, on ne connaît pas bien l'efficacité du programme. Il faudrait que je voie avec Étap-santé comment ils évaluent parce que c'est eux qui ont une équipe sur toute la région Réunion. Ils ont de personnes qui sont formées et qui vont à la rencontre des patients qui ont été ciblés pour décliner le programme. Donc il doit y avoir une évaluation propre à Étap-santé. »

(note : Etab-Santé, créée en décembre 2022, est une association régionale qui porte le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC la Réunion), l'Éducation Thérapeutique (ETP la Réunion) et le Pôle Ressource Pédiatrique (PRP)).

Participant

« Merci beaucoup, moi aussi j'ai été très intéressé par votre présentation parce qu'elle s'inscrit aussi dans des programmes nationaux, on en parlera je pense à la table ronde. Ce qui m'a fait réagir c'est la question de Frédéric Kletz, car je ne suis pas tellement d'accord avec ce qu'il a dit. C'est-à-dire que finalement ce n'est pas grave de recommencer une recherche dans un autre contexte, vous avez dit que ce qui compte c'est le dépistage, prévenir le diabète à la Réunion, et je pense que la recherche peut servir à contextualiser des grandes références dont on sait souvent qu'elles ont du mal à se déployer, tout le discours du passage à l'échelle. En fait ma question, ce serait en quoi vous pensez que ce que vous faites va être structurant dans le développement des dynamiques des CPTS ? Ce qui serait intéressant ce serait d'évaluer l'impact de cette recherche dans la construction des dynamiques territoriales des CPTS. Dans quelle mesure ça va embarquer tout le monde et ça va ensuite se généraliser ? »

JMF : « C'est exactement ça ce sur quoi je voulais conclure. C'est-à-dire que pour moi ce n'est pas la recherche qui m'a intéressé, c'est comment c'est structurant pour mettre en place des parcours et faire rencontrer des gens et faire travailler sur la modification des pratiques de la population (...). Donc c'est l'action finalement qui m'intéresse. Donc cette étude de recherche elle est structurante pour ça, pour les CPTS, pour créer une dynamique avec du financement, (...). Pour l'instant on n'a pas de référent recherche, on a parlé des référents recherches ce matin et tout à l'heure, et il va sûrement falloir mettre en place un référent recherche (...), soit en inter-CPTS soit dans les CPTS, mais grâce à l'étude on a quelqu'un qui va accompagner le médecin pour faire le lien avec le patient, donc c'est une étude qui va être structurante, complètement. Il y a une dimension humaine derrière, à travers le diabète c'est comment ont créé des liens entre le CCAS, le contrat local de santé, les clubs sportifs, la maison sport santé, tout ce beau monde est réuni dans ce parcours-là, on ne le voit pas mais réellement, on a 14 sportifs qui sont dans des maisons sport santé qui travaillent aussi avec les contrats locaux de santé, qui ont décliné un peu le programme activité physique (...). »

Participant

« Bonjour, moi j'avais des questions plus pratico-pratiques : comment s'est monté le projet puisqu'il est porté par le CHU de la Réunion, qui est le destinataire des fonds ? de quel appui méthodologique avez-vous bénéficié, au travers du CHU ou du GIRCI SOHO sur cet appel à projets de la DGOS ? Et enfin, comme il y a un taux de sélection de 50% sur les appels à projets RESPIR, quels conseils donneriez-vous aux autres CPTS pour être lauréats de cet appel à projet ? »

JMF : « Je me suis fait une idée un peu personnelle, il n'y a pas de recette miracle. On s'est fait shooter sur pas mal d'études quand même et parfois on a l'impression que c'est injuste mais bon c'est comme ça. la 1^{ère} question : oui on a une unité de soutien méthodologique au sein du CIC (Centre d'Investigation Clinique) qui est rattachée au CHU. Donc le DUMG travaille beaucoup avec les médecins de santé publique et les méthodologistes, donc on a des liens particuliers car on travaille sur des thèses, des appels à projets, des AMI, et on travaille bien sûr avec le GIRCI mais pas directement avec eux, c'est vraiment le CHU. Pour la 2^{ème} question, ce que je note vraiment c'est qu'il faut être très simple dans l'étude de recherche, vous avez vu la simplicité de l'étude ? On a rajouté juste 1 intervention. la recherche interventionnelle, je dirai que c'est plus facile à décrire, à montrer et j'ai l'impression que dans les projets RESPIR, c'est ce qui marche le mieux, ce qui recueille le plus de succès. Il y a aussi les études qualitatives, pas du tout interventionnelles et ça a été très bien noté. Je pense à une étude avec la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie, et les DOM-TOM, les régions où il y a un taux de prévalence des violences conjugales les plus élevées, et on a obtenu des fonds importants, ça a marché. C'est une étude qualitative où on interroge les médecins légistes, les médecins généralistes, tous les acteurs qui travaillent autour des violences, pour décrire les facteurs, le parcours et les difficultés pour mettre en place ces parcours pour les personnes victimes de violences. Donc finalement il n'y a pas que l'intervention mais j'ai l'impression que l'intervention c'est quelque chose qui marche bien. Moi je dirai que c'est la simplicité de l'étude, la pertinence et la clarté de l'étude de recherche qui fait que ça fonctionne. Après, si c'est une étude statistique faut être robuste sur l'échantillonnage (...). Je pense que le quali ça ne doit pas être mis de côté au contraire tout ce qui fait la force d'une CPTS c'est sa capacité à développer de l'intelligence collective et de la dynamique collective, et ça c'est mesurable et c'est un facteur de pérennité des CPTS.

Je pense que s'il y a un observatoire de la FCPTS qui se monte, et il faut le faire rapidement avant que ce soient les institutions qui le mettent en place, je pense que c'est à nous de le faire. »

Hector Falcoff, SFTG Recherche.

« J'ai trouvé ça très intéressant car c'est un modèle quand on essaye de s'attaquer à un problème qui concerne (...) une grande partie de la population. le médecin généraliste n'a pas le temps dans son cabinet de faire le repérage et il ne voit que certaines personnes. Donc je trouve ça très intéressant que la CPTS aille dans la communauté, vers la population. Si on fait le parallèle avec Icop c'est le Step 1. Il est fait par la CPTS sur tout le monde, ce ne sont pas des soins, c'est du repérage et ensuite vous orientez vers le médecin traitant, qui a un protocole à suivre. Est-ce que tu penses qu'il y a d'autres thèmes sur lesquels on peut faire ce genre d'interventions et comment vous organisez la première partie ? »

JMF : « Là où on a performé c'est sur le lien qu'on a fait avec les communes, les quartiers défavorisés, les associations, on a recruté un monde fou. On a dépisté beaucoup de prédiabétiques comme ça, et pas tellement avec les cabinets/professionnels de santé. Nous (les MG) on a été là juste pour faire la prise de sang. »

H.F. : « Par exemple les associations font passer le questionnaire FindRisk ? »

R : « Oui complètement, c'est comme ça qu'on a fonctionné dans la CPTS Grand Sud. Il y avait les clubs seniors aussi, je m'occupe du parcours personnes âgées, donc on a beaucoup travaillé aussi avec les clubs senior. Donc vraiment c'est une approche populationnelle, on va vers la population grâce à tous nos partenaires. »

H.F. : « C'est une complémentarité entre d'une part une approche populationnelle par la CPTS et d'autre part le médecin ou le professionnel de santé, qui trouve complètement sa place. Est-ce que les professionnels vous ont fait la gueule genre « Vous faites du dépistage à notre place » ? »

JMF : « Au contraire, chacun a trouvé sa place, je n'ai pas senti d'opposition, au contraire, il y avait un bon consensus et on a été appuyés par l'ARS très fortement (...) ».

Intervention 15h45 : Table ronde : quelles propositions opérationnelles pour la structuration et le développement de la recherche sur/dans les CPTS ?

Animée par Antoine de Beco

Intervenants :

Patrick Hassenteufel, Professeur en science politique, Université Paris-Saclay (UVSQ) et Sciences Po Saint-Germain-en-Laye, spécialiste des questions de l'organisation des soins

Pascal Clerc, médecin généraliste, enseignant universitaire au département de MG UVSQ et spécialiste en soins primaires à la SFMG

Lionel Da Cruz, chef du bureau de l'Organisation et du financement de la Recherche, pôle recherche accès et innovation à la DGOS

Teddy Leguillier, conseiller scientifique au Bureau R1 de la DGOS

Koré Mognon, médecin généraliste et directeur adjoint de l'offre de soins à l'ARS Ile de

Yann Bourgueil, médecin de santé publique, Direction des Assurés, Département des Patients atteints de Pathologies Chroniques (DPPC), CNAM)

Résumé

Les participants à la table ronde étaient Patrick Hassenteufel, Professeur de science politique, Pascal Clerc, médecin généraliste, enseignant universitaire et chercheur, Lionel Da Cruz, chef du bureau de l'Organisation et du financement de la Recherche, pôle recherche accès et innovation à la DGOS, Teddy Leguillier, conseiller scientifique au Bureau R1 de la DGOS, Koré Mognon, médecin généraliste et directeur adjoint de l'offre de soins à l'ARS Ile de France et Yann Bourgueil, médecin de santé publique, CNAM.

Patrick Hassenteufel (Professeur de science politique), considère que les CPTS ouvrent la perspective d'une politique publique construite collectivement par des acteurs multiples et qui ne sont pas forcément des établissements ni des acteurs étatiques. Les CPTS ont vocation à intégrer non seulement les professionnels de santé mais aussi les représentants des patients, les collectivités territoriales et d'autres institutions. Il retient plusieurs idées fortes de cette journée :

- c'est aux acteurs locaux de construire un territoire qui n'est pas prédéfini par les pouvoirs publics ;
- les acteurs définissent les enjeux de santé du territoire, dans une logique de santé populationnelle et non uniquement de soins aux individus ;
- cela aboutit à une différenciation des territoires, ce qui peut avoir des aspects positifs (adaptation aux spécificités territoriales) mais aussi négatifs, en creusant des inégalités territoriales si les CPTS les plus dynamiques se développent dans les territoires les plus favorisés ;
- chaque CPTS dispose au départ d'un « capital collaboratif » qui va influencer sur sa mise en place et son développement, et ce capital est fortement lié à une histoire territoriale antérieure à la CPTS.
- les CPTS comme objet de recherche sont susceptibles de questionnements dans une perspective de science politique et d'analyse des politiques publiques.

Pascal Clerc (médecin généraliste universitaire et chercheur) considère que trop peu de médecins généralistes (des « militants ») ont une culture de la recherche, et perçoivent les apports de l'économie de la santé, la sociologie de la santé, la géographie de la santé. Ces apports aident à comprendre qu'on ne peut pas améliorer la qualité des soins dans son cabinet sans s'occuper de l'organisation des soins.

La découverte de ce qu'est une démarche de recherche arrive beaucoup trop tard dans le cursus des étudiants, avec la thèse (pour les médecins). Les militants de la recherche, les académiques, les médecins impliqués dans des sociétés scientifiques doivent « embarquer » systématiquement des internes dans leurs projets.

Les CPTS sont des terrains favorables, d'une part parce qu'on y développe des protocoles, on y mène des expérimentations, on doit évaluer ce qu'on fait, et d'autre part parce qu'on y trouve des maîtres de stage et des internes. On peut proposer à un maître de stage d'apprendre à diriger des thèses en commençant par une codirection avec quelqu'un d'expérimenté. On peut également accompagner des professionnels de santé non-médecins dans des démarches de recherche en soins primaires. Les mots clés sont toujours la découverte, l'accompagnement, l'échange.

Pour **Koré Mognon** (médecin généraliste, ARS Ile de France) il y avait un chaînon manquant entre les acteurs de terrain et l'État au sens large, les collectivités, les ARS, l'Assurance Maladie ... les CPTS sont venues combler ce vide. Les CPTS permettent aussi de détruire une muraille, petit à petit avec l'hôpital. Aujourd'hui les échanges sont plus fréquents et plus faciles entre la ville et l'hôpital, grâce aux CPTS, et à tous les acteurs de l'exercice coordonné, MSP, Centres de santé, équipes de soins primaires.

Que peut apporter l'ARS ? la recherche n'est pas une de ses compétences. Mais l'ARS peut impulser, conseiller, accompagner, faire du lien, y compris avec les structures académiques et de recherche. Sans vouloir aller trop vite ni trop loin dans la recherche, il faudrait commencer par développer une culture de l'évaluation des actions. Est-ce que le programme que j'ai mis en place a un impact pour les professionnels, et surtout pour les patients ? Il faut développer la recherche action. Et regarder ce que d'autres font, partager ce qui marche. L'ARS joue aussi un rôle à ce niveau de la diffusion. L'ARS Ile de France tient à jour une cartographie des CPTS avec toutes leurs actions.

Pour Koré Mognon, passer au niveau de la recherche nécessite des moyens humains et des outils, notamment numériques. Le concept de « référents recherche » lui semble intéressant.

L'ARS va soutenir le futur Institut en soins primaires et ambulatoires qui devrait offrir un appui méthodologique pour toutes les CPTS et tous les acteurs qui veulent aller vers la Recherche.

Lionel Da Cruz (DGOS, Bureau de l'Organisation et du Financement de la Recherche) fait le bilan de l'appui financier de la DGOS à la recherche en soins primaires. Tout d'abord il y a l'appel à projets national RESPIR (Recherche en Soins Primaires), depuis 2021, qui est doté de 10 M€ par an. On constate un fort taux de croissance du nombre de projets déposés. Lors de la dernière édition, sur 42 projets retenus des CPTS étaient impliquées dans 32, montrant bien que les CPTS sont déjà un acteur important de la recherche en soins primaires.

Les CPTS peuvent être impliquées dans d'autres appels à projets recherche de la DGOS : Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS), Programme de recherche médico-économique (PRME), Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP).

La DGOS a lancé en 2024 un appel à manifestation d'intérêt « Coopérations de recherche en santé » (CooPereS). Le but était d'aider à la structuration de la recherche dans les territoires, essentiellement pour des petits établissements de santé mais également pour fédérer un certain nombre d'acteurs dont les CPTS. Un des lauréats est le projet Comete (Coopération méditerranéenne pour le développement de la recherche clinique en territoire), porté par le CH de Béziers, dans lequel la CPTS de l'Hérault est un acteur important.

Enfin Lionel Da Cruz mentionne que :

- les Centres d'Investigation Clinique (CIC), structures hospitalières, ont maintenant un domaine de compétences sur la recherche en soins primaires.
- F-Crin, (French Clinical Research Infrastructure Network), infrastructure de recherche portée par l'Inserm, va allouer des moyens importants à un réseau de recherche en soins primaires.

Teddy Leguillier (conseiller scientifique DGOS) évoque une enquête menée par la DGOS auprès des fédérations, des maisons de santé, des CPTS, des CDS, des collèges ordinaires et des collèges professionnels.

À la suite de cette enquête, la DGOS envisage la création d'une Fédération de la recherche en soins primaires qui représente l'ensemble des acteurs de ce champ. Cette instance représenterait les soins primaires au niveau du COPIL Recherche et Innovation mis en place par la DGOS pour faire remonter les besoins de terrain et lancer une dynamique de

recherche. La DGOS envisage également de référencer dans les CPTS les actions de recherche en s'articulant avec les ARS et la CNAM. Enfin, une fois l'état des lieux fait et les besoins évalués se posera la question du financement.

Pour mener ces actions un groupe de travail dédié à la recherche en soins primaires, avec l'ensemble des acteurs, a été annoncé par la cheffe du pôle Recherche et innovation de la DGOS.

Qui dit recherche dit formation, et libération de temps médical, paramédical, médico-social. Il va falloir construire un plan de formation, dans lequel les GIRCI ont un rôle à jouer pour la formation à la recherche clinique.

Pour **Yann Bourgueil** (CNAM), cette journée est très importante, parce qu'on se pose la question de produire de la connaissance sur les CPTS et sur ce qui se passe dans les CPTS. C'est absolument essentiel. Qu'est-ce qu'elles produisent, comment sont-elles organisées ? la mutation culturelle qu'on demande au secteur ambulatoire, est majeure : s'organiser collectivement pour remplir des missions de service public. Il s'agit de travailler ensemble, de définir les règles ensemble, de créer des organisations, de gérer de la ressource, de recruter du personnel...

La CNAM a des outils qui visent à améliorer le système de soins et à le rendre plus efficient, et qui peuvent aider à la réflexion des professionnels et à la structuration : PRADO, Sophia, les Outils de Diagnostic Territorial (ODT). Il y a également des réflexions sur les parcours, sur les stratégies de prévention et de dépistage. Yann Bourgueil observe que les universitaires et les sociétés savantes de spécialité travaillent depuis longtemps avec l'Assurance Maladie, construisent des dispositifs, les évaluent et publient. Mais pas les médecins généralistes...

Pour Yann Bourgueil il y a beaucoup de convergence entre les intérêts et les programmes nationaux envisagés par la CNAM et les préoccupations locales des CPTS. Il faudrait créer des espaces de dialogue soutenus, se servir de la recherche également pour organiser et créer des débats, discuter des pratiques que développe l'administration d'un côté, les pratiques émergentes des professionnels de l'autre, pour essayer de réussir ensemble.

A.B. : « J'ai entendu ce matin et cet après-midi énormément de choses : 'santé, coopération, territoires, équipes, parcours, données, sociologie, population, freins, réforme, structuration professionnelle, organisation, logiciel, agence, ensemble, pluri-pro, recherche, action, propositions, observatoire, enjeu, inégalités sociales de santé, coordination, démocratie sanitaire, économie...'. J'ai eu le sentiment que c'était riche.

On va probablement avec vous compléter avec : politique publique, soins primaires, organisation et accompagnement, financement de la recherche, qualité des soins. »

Exercice un peu compliqué, vous êtes plusieurs intervenants, on a 1 heure, je vais me permettre de vous poser à chacun 1 question d'ouverture, vous laisser chacun répondre quelques minutes, essayer qu'ensuite vous puissiez échanger tous ensemble et ensuite que la salle puisse vous interroger sur un certain nombre de choses.

Première question à Monsieur P. Hassenteufel : vous avez défini dans votre livre Sociologie de l'action publique, les politiques publiques comme « la concrétisation d'un programme d'actions construit collectivement par des acteurs publics et privés pour répondre à un ou plusieurs problèmes collectifs ». Merci de nous dire votre ressenti de cette journée et si vous pensez que les CPTS répondent à ce regard sur les politiques publiques ?

Patrick Hassenteufel :

« la journée était très intéressante avec des regards multiples ; l'aspect recherche qui m'intéresse à plusieurs titres, comme chercheur et comme directeur d'une école doctorale. Ainsi des thèses pourraient être financées par CPTS, notamment dans le cadre d'un dispositif qui est de plus en plus utilisé en sciences sociales (au départ il n'était pas pensé pour les sciences sociales) celui des thèses CIFRE. On peut très bien imaginer qu'il y ait des thèses en CIFRE dans les CPTS. (note : CIFRE = Conventions Industrielles de Formation par la Recherche)

Pour souligner à quel point les CPTS correspondent à la définition des politiques publiques, que je propose, sans être particulièrement original, dans cet ouvrage : comme une construction collective par des acteurs multiples et qui ne sont pas uniquement des acteurs étatiques. Et c'est exactement ce que je vois à l'œuvre pour les CPTS qui impliquent un très grand nombre d'acteurs, même si je constate que la journée d'aujourd'hui était plutôt centrée sur les acteurs professionnels dans les CPTS. Mais il y a aussi des représentants des patients, des représentants d'autres institutions, telles que les collectivités territoriales. C'est un type d'acteur dont il a été assez peu question mais qui nous intéresse particulièrement en science politique, par rapport auquel il est tout à fait important de réfléchir et (qu'il faut) prendre en compte. les élus locaux, jouent aussi un rôle dans la définition des territoires d'action publique.

Je voudrais également souligner le **lien entre les CPTS et la notion de territorialisation** dans le prolongement de la session de ce matin avec les intervenantes de l'IRDES, présentant des perspectives sociologiques en lien avec la géographie, aussi utilisées en science politique :

- La **territorialisation** est définie par rapport au fait que le territoire est construit a posteriori et non pas a priori ; ce n'est pas l'État qui dans une perspective verticale et descendante définit un territoire, comme ça a été le cas en santé en particulier pour la régionalisation, c'est donc aux acteurs locaux de construire un territoire qui n'est pas prédéfini et en lien avec un deuxième aspect :
- La construction territoriale des problèmes, c'est-à-dire **construire des enjeux spécifiques à un territoire** donc là, en l'occurrence, des enjeux de santé à travers des diagnostics locaux en santé, ce qui est particulièrement important par rapport aux CPTS dans la mesure où cela déplace la perspective des soins centrés sur les individus à une politique plus collective et plus définie par rapport à une population, dans une logique de santé populationnelle.
- Le 3^{ème} aspect, très présent dans la journée est la **différentiation territoriale** à la fois en termes d'adaptation mais aussi en termes de différences que l'on retrouve entre les territoires. Il peut y avoir des aspects tout à fait positifs en termes d'adaptation à des spécificités territoriales, mais aussi des aspects plus négatifs en termes de fortes différences entre CPTS, certaines sont beaucoup plus actives que d'autres et ont des projets beaucoup plus construits que d'autres. Et d'une certaine façon. On peut aussi se demander dans quelle mesure est-ce que ça ne peut pas, par certains aspects, creuser des inégalités territoriales qui sont déjà fortes entre des territoires dynamiques dans lesquels on a moins de difficultés en termes de démographie médicale, et des territoires qui sont eux-mêmes très fortement en difficulté, et dans lesquels le dynamisme des CPTS va être moindre ?
- Dernier point : les CPTS comme '**objet de recherche**' sont susceptibles de questionnements dans une perspective de science politique et d'analyse des politiques publiques ; ce qui nous intéresse tout particulièrement c'est de comprendre ces CPTS : pourquoi ont-elles été mises en place ? Là il y a eu une expression qui a été utilisée et qui me paraît particulièrement riche, c'est celle de '**capital collaboratif**' ce qui veut dire effectivement que les CPTS dans leur mise en place et leur développement sont fortement liées à une histoire antérieure aux CPTS et ce qui s'est passé sur le territoire ; c'est une expression que je n'ai pas vraiment trouvée dans la littérature mais que je trouve très intéressante pour justement renvoyer à cette existence préalable de modes de collaboration qui vont permettre le développement de ces CPTS. »

A.B. : « Je vais m'adresser à Pascal Clerc qui est chercheur en médecine générale, actif au sein du Collège de la Médecine Générale et qui est installé en libéral et actif dans une CPTS. Tu as sûrement un regard avisé sur la recherche en soins primaires, compte-tenu de tout ce que tu fais dans ce domaine : quels seraient tes souhaits pour permettre son développement compte tenu de ce qu'on a dit aujourd'hui ? »

Pascal Clerc :

« Je vais partir de mon expérience mais aussi de ce que vous avez dit. C'est vrai qu'en 30 ans au niveau de la Recherche en médecine générale, au niveau des mentalités, pour les nouveaux médecins, ce n'est pas encore ancré. la **recherche ne fait pas partie du vocabulaire** pour un certain nombre d'entre eux. Business, oui. Recherche, non. la question, c'est comment est-ce qu'on va passer d'un certain nombre, qui sont ici, de militants de la recherche, à se former avec des gens d'un certain niveau dont certains sont ici. Je les remercie parce que c'est vrai que j'ai découvert la recherche en tant que généraliste, et quand j'ai découvert ce qu'était l'économie de la santé, je me suis rendu compte que je ne pourrais pas améliorer la qualité des soins dans mon cabinet si je ne m'occupais pas un peu de l'organisation des soins, par exemple ; la sociologie : pareil, etc. Ça a été excessivement important dans mon cursus (...).

Alors comment peut-on passer de la militance à la routine ? Déjà il y a des enjeux au niveau de l'université ; je suis d'accord avec ce qu'a dit Bernard Frèche ce matin, c'est-à-dire qu'on a un **enjeu au niveau de l'université** : on commence beaucoup trop tard à parler recherche à l'université ; la thèse arrive comme un ovni pour les étudiants, ils ne savent pas très bien pourquoi on leur demande ça et la question principale c'est combien de pages ? » Donc évidemment, on n'est pas du tout dans une démarche adéquate. Nous on a un vrai enjeu, ça commence à l'Université et mettre dans cette dynamique-là beaucoup plus tôt pour qu'ils comprennent à quoi ça va leur servir en tant que professionnels de santé. de toutes façons la médecine depuis le Moyen-Âge, ça marche sur 2 pieds : l'école professionnelle et l'université. L'école professionnelle, elle ne marche encore pas trop mal mais l'université elle doit se développer un peu plus ; je prends mes responsabilités aussi de ce point-de-vue-là.

Le deuxième point qui me paraît aussi important : on partage ça avec Hector : on a une **responsabilité de nos sociétés savantes/académiques d’emmener nos internes dans tous les projets de recherche** que nous menons et notamment avec un certain nombre d’instances importantes. Vous nous avez montré plein de recherches de très grand niveau ; il faut les emmener systématiquement avec nous pour qu’ils découvrent ce que c’est. la **recherche, ça s’infuse**, c’est comme la musique. la musique si vous commencez par le solfège, les gens vont arrêter très vite. Alors nous les militants de la recherche quand on leur présente comme ça, « Inserm, High level », c’est sûr qu’ils partent en courant. Alors on ne commence pas par le solfège ; on commence à leur mettre un instrument de musique dans les mains, on commence à leur donner les bases de l’instrument de musique et après on les met à jouer avec d’autres, assez vite (...).

C’est comme ça qu’on va **apprendre la Recherche** ; ça veut dire qu’il faut **accompagner**, il faut **emmener** nos étudiants pour **découvrir**. Hier à cette table il y avait 4 internes qui étaient là pour partager avec les professionnels de la recherche dont 2 qui ont présenté leurs travaux de recherche ; ils étaient ravis, épanouis de découvrir qu’il y avait des géographes en santé, des sociologues en santé ...Elles ont fait une expérience personnelle, elles ont rencontré d’autres façons de penser (...)

Ensuite **sur les CPTS** : c’est un lieu où on peut commencer à faire de la musique ; tout simplement parce que les copains qui sont maîtres de stage on va les rencontrer, on va travailler avec eux au niveau de la CPTS et (les accompagner dans la direction de thèses) ... si je fais de la codirection... » et c’est comme ça que de fil en aiguille on arrive à mettre un pied dans la recherche. On crée un certain nombre de protocoles dans nos MSP, nos CPTS ; les expérimentations des articles 51 ; c’est là qu’on peut commencer à travailler avec les paramédicaux (...) et mettre ensuite de l’évaluation dans des projets. On va mettre en place une culture petit à petit. Pourquoi est-ce que ça va prendre ? parce qu’il va y avoir des retours de ces données. Et parce qu’on évalue ce qu’on fait ensemble, parce qu’il y a des résultats ; que j’ai une vision un petit peu différente qui va m’amener à modifier mes pratiques, mes relations, améliorer la qualité des soins, petit à petit je vais rentrer dans ces routines.

Les éléments qui me paraissent importants sont **l’accompagnement, la rencontre de l’autre, les échanges**. Et puis ce sont aussi des **expériences** : on a eu le chef du Service anti-douleur du GHT Nord des Yvelines qui nous a invités au congrès sur la douleur avec une kiné, une psychologue et moi parce qu’on avait partagé des expériences de prise en charge d’un patient complexe en Maison de Santé. C’est la kiné qui va venir avec moi ; pour elle, c’était sa première expérience de présentation d’un patient ; elle a trouvé ça super intéressant. Donc mon accompagnement pédagogique, ça a été de lui dire, on fait l’abstract, puis la présentation, ensemble. Ça déjà c’est la mettre sur une **démarche de recherche**. Tous ces éléments montrent qu’on peut faire de la recherche en soins primaires, en médecine générale... Partons comme l’a dit Jean Marc Franco : partons avec des choses simples : du terrain, de l’accompagnement, et en faisant tous ensemble. »

A.B. : « Monsieur Koré Mognon, les CPTS se développent et nous avons constaté au cours de cette journée que leur construction parfois difficile est aussi riche de travail et de production. Pascal a dit que ça allait croître parce qu’il allait faire de l’accompagnement en allant du simple vers le complexe et on voit que ça se fait et on a eu des présentations là-dessus. les ARS ont des attentes, certes, elles sont aussi là pour accompagner ; comment cette articulation peut-elle se faire encore plus efficacement ? »

Koré Mognon :

« Je suis médecin généraliste. Il y a 1 an ½ j’étais dans un cabinet médical et je serai toujours médecin généraliste. Je suis aussi maintenant dans une administration et en fait j’y suis allé aussi pour **faire du lien**. Clairement, je pense qu’on n’y arrivera pas si on n’y va pas tous ensemble. C’est ma philosophie pour ceux qui me connaissent et je pense que la base c’est les CPTS ; pour moi c’est le **chaînon manquant** entre les acteurs de terrain et l’État au sens large, les collectivités, les ARS, l’Assurance Maladie ... On n’avait pas forcément ce lieu de dialogue, je l’ai vu pendant la crise Covid, j’ai voulu voir comment ça fonctionnait.

Les CPTS permettent aussi de détruire une muraille, petit à petit avec l'hôpital ; c'est le lieu. J'en ai discuté hier avec l'ensemble des délégations départementales : comment on réussit à **avancer ensemble** ? et ils m'ont tous dit que maintenant ils arrivaient à parler beaucoup plus avec les professionnels de santé, grâce à vous dans les CPTS. Les CPTS ne représentent pas tous les professionnels de santé, il faut être honnête ; elles en représentent une grande partie quand même ; petit à petit, j'espère qu'on arrivera à avoir tout le monde. Si on prend un système intégré, le principe c'est que les responsabilités populationnelle et territoriale, c'est le rôle des CPTS et la responsabilité collective ce sont les professionnels, l'exercice coordonné, c'est aussi MSP, les équipes de soins primaires, les centres de santé, qui jouent aussi un rôle dans la santé individuelle et collective mais aussi sur un territoire (...).

Je vais essayer de prendre l'axe Recherche pour dire comment nous on peut accompagner et ce qu'on attend. Vous savez que la recherche n'est pas une compétence des ARS ; il manque quelqu'un autour de la table : le ministère de la recherche. Mais on est là comme je l'ai entendu dans différentes interventions, pour essayer d'impulser, de conseiller, accompagner et faire du lien. Je vois vraiment notre rôle comme **essayer de faire du lien entre tout le monde**. Pour la Recherche, il faut faire attention de ne pas aller trop vite et trop loin. Déjà, il faut **développer une culture de l'évaluation de ses actions**. Dans les CPTS que j'ai vues, on essayait mais « Est-ce que le programme que j'ai mis en place a vraiment un impact pour les professionnels de santé et surtout pour les patients ? ».

Donc **développer la Recherche-Action** ; il faut aussi la « thésauriser ». Faut arrêter d'inventer la roue tout le temps. Regarder ce qu'a fait le copain à côté. Partager les actions et pour ça je pense que l'Agence joue aussi un rôle pour mettre les gens autour de la table. L'autre élément, c'est la **diffusion de la recherche**. Avant d'être producteur, diffusons la recherche. Soyons les relais. Après c'est **développer les liens avec les acteurs académiques** (IFSI, DMG...). Il faut travailler avec les internes et les DMG qui sont sur le territoire. Plein de CPTS le font déjà mais il faudrait de manière plus importante.

Dans un second temps, on pourrait être un lieu de production pour utiliser les organisations, les protocoles de coopération, le partage des tâches, la santé populationnelle (mot compliqué mais je pense que c'est intéressant) et les parcours même si on le fait déjà. Et après l'épidémiologie et les études cliniques. Mais pour y arriver **il faut recruter**, on ne peut pas le faire tout seul. Il faut que les soignants restent des soignants auprès des patients. Donc il faut avoir des relais et des gens dans les bureaux : des **administratifs** pour vous accompagner et vous épauler. Le terme des « **relais recherche** », j'ai trouvé ça intéressant, ce pourrait être utile en inter-CPTS.

Et donc, nous ce qu'on pense et qu'on veut faire :

- On a une **cartographie à l'ARS de toutes les CPTS** ; avec toutes les actions, en tous cas les axes des CPTS, pour voir qui fait quoi. Demain on aimerait récupérer toutes vos actions et vous dire : ex : « je vais étudier le parcours de santé de la femme : mon action, c'est ça, les difficultés que j'ai rencontrées c'est ça et qui je veux rencontrer c'est ça et les coordonnées ». Comme ça si la CPTS d'à côté veut faire ça, elle peut aller sur le site de l'Agence et après prendre contact.
- On a besoin de vous aider pour avoir des outils : il y a le GIRCI qu'on soutient et qu'on va soutenir encore plus. Demain il y a l'Institut en soins primaires et ambulatoires (que le Dr Gladys Ibanez a présenté tout à l'heure) qu'on veut soutenir et qui va sortir. Il permettra d'offrir un appui aux CPTS pour avoir une Unité de recherche, un soutien méthodologique pour toutes les CPTS et tous les acteurs qui veulent aller vers la Recherche.
- L'autre élément, c'est vous aider à **faire le lien avec les académiques** : nous pouvons faire le lien avec tous les instituts, la santé publique, etc. Et après on fait des webinaires qu'on organise pour continuer à présenter ce que font les autres, ce que l'on ferait en 2025 en Ile-de-France (C'est toujours mon avis de médecin et d'administratif pour l'île de France). On veut faire une Journée Recherche en Ile de France à la fois hospitalière et en soins primaires.
- Enfin, autre élément important, c'est d'avoir les **outils informatiques** pour avancer.

A.B. : « On va passer au National. la DGOS a un bureau d'organisation et de financement de la recherche que vous dirigez. Il existe au sein du Collège de la médecine générale plusieurs structures de recherche actives que vous connaissez (...). Au vu de ce que vous avez pu voir de cette journée et de l'implication des structures, et de la FCPTS, comment pensez-vous que la DGOS peut soutenir et financer les actions de recherche menées en soins primaires ?

Lionel Da Cruz :

« C'est toujours intéressant de savoir d'où l'on parle, nous c'est la Direction Générale de l'offre de soins. Vous savez peut-être que la DGOS s'est réorganisée il y a peu et a créé un pôle recherche et accès à l'innovation qui n'était pas identifié tel quel auparavant. Au sein de ce pôle vous avez le Bureau Organisation et Financement de la Recherche, un Bureau également sur l'accès à l'innovation des produits de santé, et la mission maladies rares.

Sur le cœur de la question que vous posez, la DGOS **accompagne et finance des actions en soins primaires** depuis quelques années déjà, notamment au travers de l'**Appel à Projets RESPIR** dont nous avons pu voir un exemple tout à l'heure. C'est un appel à projet qui a été fait en 2021 et sur lequel on a un financement de 10 000 000 € annuels. On a environ 42 projets qui sont retenus chaque année. On a sorti les statistiques sur la dernière édition : on a vu qu'il y avait 32 CPTS qui étaient mobilisées sur les 42 projets retenus par la DGOS sur la campagne précédente de l'Appel sur le projet RESPIR. Cela montre que les CPTS sont déjà un acteur important de la recherche en soins primaires notamment au travers cet appel à projet qui a trouvé son public puisque que chaque année on a un **fort taux de croissance du nombre de projets déposés**. On a là un guichet qui fonctionne bien. On a aussi d'autres guichets sur lesquels des CPTS peuvent être impliquées : vous avez les **Appels à Projets Recherche DGOS nationaux**, le **PHRC**, le **PREPS** (c'est sur la performance des parcours de soins), le programme de recherche médico-économique (PRME), le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale. Sur le PREPS et le PRME, on s'est aperçu qu'un certain nombre de CPTS avaient été associées à ces appels à projets nationaux même si on peut dire que c'est encore un cran au-dessus à ce stade. Enfin on a vu sur le passé, on a lancé un appel à manifestation d'intérêt coopération en matière de Recherche : c'était cette année et ça avait comme but d'aider à la structuration de la recherche dans les territoires, essentiellement pour des petits établissements de santé mais également pour fédérer un certain nombre d'acteurs dont les CPTS. On a eu un projet lauréat qui est à Béziers et qui est le projet Comète et qui a permis d'associer la recherche en soins primaires notamment sur la question de la santé mentale. La CPTS de l'Hérault a été un acteur important sur cette recherche-là.

Il y a également d'autres actions sur lesquelles la DGOS a eu un impact. Il y a eu une réforme du cahier des charges des centres d'investigation clinique, les fameux **CIC**, qui sont des structures hospitalières dans lesquelles on a identifié maintenant un domaine de compétences sur la recherche en soins primaires et qui pourra demain peut-être, comme on l'a vu sur le projet de la Réunion, être un acteur pour aider à faire sortir de terre des projets de recherche en soins primaires. Enfin il y a une action France 2030 importante par l'intermédiaire de F-Crin (*note : French Clinical Research Infrastructure Network*), qui sur le budget qui est prévu, va allouer 3 millions d'€, de mémoire, à l'aide à l'investigation clinique et à la coopération de la recherche en soins primaires.

Ça, c'est juste pour dire qu'il y a un certain nombre d'actions qui sont en cours et je vais laisser Teddy qui est conseiller scientifique au sein du Bureau, vous parlez de démarches qu'on lance à l'automne et qui vont aussi dans le sens de développer cette recherche là et d'associer les CPTS. »

Teddy Leguillier :

« Merci Lionel, on a brossé un petit état des lieux de là où on en était et des actions qui avaient déjà été mises en place. Comme vous l'avez dit, avant d'entreprendre quelque chose il faut faire un état des lieux des besoins mais pour le faire, **il faut faire remonter** ce que vous faites au travers les différents axes qu'on peut avoir dans les CPTS aussi bien du point de vue du soin que de la Recherche parce qu'elle dépend intrinsèquement du soin.

À partir de tout ce qui a déjà été lancé à la DGOS avec vous, on a voulu faire un état des lieux donc on a envoyé un questionnaire adressé à l'ensemble des fédérations, des maisons de santé, des CPTS, des CDS, des collèges ordinaires et des collèges professionnels. Plusieurs pistes ont émergé de ce **questionnaire** :

- Il faut que vous soyez représentés, au niveau national ; nous au niveau de la DGOS on a un **COPIL Recherche et innovation (RI)** avec lequel on dialogue environ 3 ou 4 fois par an et qui fait remonter les besoins de terrain pour lancer une dynamique de recherche. Vous n'êtes pas représentés à ce jour au COPIL-RI parce que vous êtes trop nombreux. Il y a beaucoup de fédérations : la Fédération des CPTS, et beaucoup d'autres. Donc il faudrait avoir une fédération nationale de la recherche en soins primaires qui fédère l'ensemble des acteurs. Ça c'est (...) un souhait qui est remonté. La 1^{ère} piste est la création d'une Fédération de la recherche en soins primaires qui représente l'ensemble. Je n'ai pas dit que ça allait être facile.
- La 2^{ème} ça va être de voir comment on peut référencer dans les CPTS les actions de recherche et comment on interface ça avec les ARS et la CNAM.

- Une fois qu'on a fait l'état des lieux, qu'on a évalué vos besoins, comment on peut les financer ? Mes réflexions sur le financement, c'est déjà : qu'est-ce qui est fait ? qu'est-ce qui reste à faire ? ensuite, comment le financer ?

Tout cela ça va être mis en place grâce à un GT : Groupe de Travail dédié à la recherche en soins primaires ; ça avait été annoncé par la chef de pôle « recherche innovation de la DGOS », la mise en place de ce groupe de travail avec l'ensemble des acteurs ; donc il y en aura beaucoup, pour voir d'ici à l'année prochaine comment on peut continuer à lancer cette dynamique sur la recherche en soins primaires. Qui dit recherche dit formation donc la libération du temps médical, paramédical, médico-social. Il va falloir en discuter. Il y a aussi la formation par les GIRCI ; c'est pourquoi je posais la question tout à l'heure à la Réunion. les GIRCI c'est un peu notre bras armé inter-régional pour soutenir justement les professionnels et les aider à se former à la recherche clinique. Donc il va y avoir tout un plan formation dont il va falloir discuter. Comment on libère le temps médical ? Comment on forme ? Et ensuite sur ce temps médical comment on fait remonter les indicateurs pertinents pour ensuite évoquer la possibilité d'un financement.

Voilà un petit peu toujours pour les actions futures et ensuite on va pouvoir discuter des fédérations notamment.

A.B. : « Merci on a bien entendu le mot Fédération, j'ai entendu financement derrière, on n'oubliera pas d'en reparler. C'est une véritable nécessité. Enfin, question à Yann Bourgueil : Dans les missions de la CNAM, il y a la mission qualité pour un meilleur service rendu aux assurés (...) Comment la CNAM pourrait-elle optimiser les moyens pour permettre aux CPTS de mieux s'en saisir ? »

Yann Bourgueil :

« Je vais saisir l'opportunité pour reprendre quelques points de la journée. Je suis récemment à la CNAM donc je ne maîtrise pas forcément tout ce qui s'y dit. la journée je l'ai trouvée intéressante parce qu'il y a beaucoup de résonance avec le passé, sur des dynamiques de l'organisation des soins primaires, les MSP, que j'ai plutôt vues comme une dynamique « **propulsion arrière** », une dynamique professionnelle qu'on accompagne avec des expérimentations pour évaluer les effets et qui se transforme et diffuse progressivement avec l'ACI MSP. Et je voulais dire que les CPTS c'est plutôt une autre dynamique de changement ; c'est plutôt un **modèle traction avant** c'est à dire qu'on met en place le modèle d'emblée, les indicateurs, les incitations avec un ACI, on lance, on généralise à toute allure et ensuite se pose la question de la connaissance.

Cette journée est très importante, je dirais « Enfin ! », c'est-à-dire qu'on se pose la question de produire de la connaissance sur les CPTS et ce qui se passe dans les CPTS. C'est absolument essentiel parce qu'il va y avoir beaucoup de gens qui vont se poser beaucoup de questions sur ce que « ça donne » les CPTS, sur ce que ça produit et ce que ça ne produit pas et à un moment donné, il va y avoir des prises de décision. Il faut **produire de la connaissance** pour préparer ces décisions ; c'est absolument essentiel.

Pour revenir à la CNAM, je travaille à la direction des assurés qui s'occupe de PRADO, de Sophia, des ODT (outils de diagnostics territoriaux), de tout un **ensemble d'outils qui sont inscrits en fait dans une logique d'action en s'appuyant sur les CPTS** et qui nécessite une réflexion et une évaluation ; l'objectif c'est d'améliorer le système de soins et aussi le rendre efficient ; on appelle ça la gestion du risque à la CNAM. Et avec cette idée qu'il faut prévenir, anticiper, modifier des pratiques, les CPTS sont incluses dans cette politique. Il y a une réflexion sur les différents parcours, en se disant qu'il faut aller davantage vers un ensemble de risques comme dans la maladie cardio-vasculaire ; il faut essayer d'améliorer les stratégies de dépistage, de prévention, de meilleur suivi (un petit peu ce qui a été présenté sur le diabète à la Réunion). Ce qui me frappe, c'est qu'il y a une logique très convergente entre les programmes nationaux envisagés par la CNAM et les préoccupations locales (et dans le cas de la Réunion c'était flagrant). Il y a donc la possibilité de se rencontrer. Même si la mission de la CNAM ce n'est pas de financer la Recherche, elle a des données et aussi des ressources. la CNAM s'est beaucoup investie dans le déploiement des CPTS : 120 binômes ROC (réfèrent organisation coordonné), 120 binômes médecin conseil et administratif dans l'ensemble de la France (1 par CPAM et 1 par région) qui sont en appui du déploiement des CPTS. Il y a aussi un « accélérateur » initié par Assurance Maladie qui est accessible pour aider les gens à construire les CPTS, je crois qu'elle a été très investie dans le déploiement, comme les tutelles.

Jusqu'à maintenant, l'objectif, c'était de faire des CPTS. Maintenant il y en a beaucoup ; il est temps de se poser la question de savoir ce qu'elles font, comment elles mobilisent les outils proposés, comment les adapter ? Qu'est-ce qu'elles produisent, comment sont-elles organisées ? Plein de questions qui sont sous-jacentes : la **mutation** culturelle qu'on demande au système de santé du secteur ambulatoire, est **majeure**. On demande à des acteurs, c'est plutôt eux qui ont demandé d'une certaine façon, de **s'organiser collectivement pour remplir des missions de service public**.

C'est une mission énorme puisqu'il s'agit de travailler ensemble, de définir les règles ensemble, de créer des organisations, de gérer de la ressource, de recruter du personnel... tout ça c'est un aspect dont on n'a pas beaucoup parlé aujourd'hui mais c'est un enjeu de transformation essentiel et je ne suis pas sûr que tout ça marche très bien partout. Et je pense qu'on a besoin de connaissances là-dessus.

Sur l'autre versant, il y a beaucoup de programmes qui sont initiés par l'Assurance Maladie sur d'autres sujets depuis longtemps et il y a beaucoup de papiers qui sont faits avec des sociétés savantes, des groupements professionnels, qui sont publiés : sur l'efficacité du PRADO dans l'insuffisance cardiaque, sur les BPCO... **mais où sont les généralistes ?** Parce que les spécialistes, eux, ils élaborent, ils construisent à travers des programmes particuliers, ils participent à l'évaluation. Il y a quelque chose à construire parce que les intérêts de l'Assurance Maladie, dont le slogan est « Agir ensemble et protéger chacun », rejoignent beaucoup ceux des CPTS. Je trouve qu'il y a beaucoup de convergence. Pour avancer, à distance des enjeux de négociation conventionnels qui ont leur propre dynamique, il faudrait créer des espaces de dialogue soutenus, il faut se servir de la recherche également pour organiser et créer des débats (...) en essayant de prendre des objets, regarder comment on va les déployer, comment on peut les améliorer, discuter les pratiques que développe l'administration d'un côté, les pratiques qui sont émergentes du côté des professionnels de l'autre, pour essayer d'affiner tout ça et peut être réussir ensemble.

Je pense qu'il y a un autre aspect important dans les CPTS c'est l'émergence et la compétence de métiers nouveaux à travers les **coordinateurs de CPTS** (on n'en a pas beaucoup parlé), les formations Pacte et les référents (ROC) ils ont un module commun de formation dans la formation Pacte avec les coordinateurs de CPTS. Il y a aussi là des efforts de convergence qui se font et qui sont à mon sens intéressants. la **recherche** dans tout ça : elle est **très importante** parce que c'est une éthique : on précise des questions, on les débat ensemble, on définit une façon de travailler, on définit les hypothèses, on clarifie les méthodes et après on discute des résultats de façon collective et transparente. On peut appeler ça de l'évaluation, ça devient de la recherche quand c'est publié dans une revue académique. Pour moi, il ne faut pas se laisser enfermer dans un discours trop recherche qui va devenir après très rigide ; je crois que c'est plutôt une éthique, une exigence de valorisation académique. Je pense qu'il y a du dialogue et du travail collectif possible et que nous en avons besoin. »

A.B. : « J'ai plutôt entendu une convergence de tout ce qui s'est dit, des différentes sciences sociales qui viennent abreuver et permettre de réfléchir et d'avancer, des Agences qui sont dans l'idée de travailler ensemble, alimentées par ce que nous pouvons dire les uns les autres.

On va passer aux questions. la bonne question de départ c'est Hector qui l'a évoquée, mise en formé, développée pour qu'on fasse cette journée et c'est une chance de travailler avec lui. »

Échanges avec les participants

Participant

« Merci pour cette journée, c'était vraiment super. Question pour Mr Bourgueil, vous parlez de la formation PACTE des coordinateurs d'Ile de France et vous dites que les ROC ont un séminaire commun avec les coordinateurs ? »

Y.B. : « un module »

Q : « Est-ce que vous pouvez préciser ? »

Y.B. : « Non. Je n'en sais pas plus, je sais seulement qu'il y a la volonté de rapprochement entre l'administration de l'Assurance Maladie et l'administration de l'État à travers la formation. »

Aurélie Oudart ARS Ile-de-France

« On se pose la question parce que la formation Pacte, elle est faite via l'EHESP et par la FCPTS via des formatrices relai et elle est financée par l'ARS. Et il ne semble pas qu'en module de formation la CPAM intervienne. »

Participant

En fait on invite la CPAM en tant qu'expert afin d'échanger avec les coordinateurs et on en parle en connaissance de cause parce que l'ARS intervient et je suis formatrice relai pour les coordinateurs des CPTS Ile-de-France.

Y.B. : « Je ne sais pas si c'est la CPAM qui forme mais ce qu'on m'a dit c'est que les ROC suivent la formation. »

Participant

« Pour la DGOS : Vous avez parlé d'un financement par le CIC avec une mission de faire de la recherche en soins primaires et en même temps j'ai entendu qu'il y aurait un institut en Ile-de-France qui allait se monter ; est-ce qu'il ne serait pas pertinent de financer cet institut pour faire de la recherche en soins primaires plutôt que les CIC, surtout pour la région Ile-de-France par exemple ? »

LD : « Je voulais prendre la parole pour clarifier : c'est bien d'avoir quelques messages clés à l'issue d'une journée. Vous avez posé la question des financements. il y a 3 types de financement aujourd'hui. Il y a un financement par appel à projets récurrent notamment le projet RESPIR dont on a parlé qui est doté de 10 millions annuels et sur lesquels déjà les CPTS sont largement impliquées et mobilisées. Il y a un financement de structures qui va arriver : l'Institut ISPA (Institut de Soins Primaires Ambulatoires) : institut de soins pour lequel on a un engagement avec l'ARS Ile-de-France, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et bien sûr Sorbonne Université. Et on a aussi ce dont Teddy a parlé, la réflexion qu'on devra avoir sur comment on devait peut-être financer de manière pérenne cette recherche en dehors des appels à projets mais pour lequel il y a beaucoup de « si » dans un contexte de financement social et budget restreint (...). Et donc pour revenir plus précisément : on pense que c'est surtout complémentaire, ces financements-là : nous on finance les Centres d'Investigation Clinique au côté de la DGOS et en partenariat avec l'INSERM avec une labellisation sur des axes de recherche et des domaines de compétence. L'INSPA va lui apporter un appui mais il a également ses axes de recherche qui vont se développer et pour lesquels on ne voit pas de redondance. »

Participant

« Ce matin on a évoqué la possibilité de bénéficier des statistiques publiques pour nos travaux. Comment vous voyez les choses ? (...) la CNAM a ses propres données. Est-ce que vous envisagez que la DRESS puisse avoir un secteur de soins primaires où ils effectuent un travail qui nous permette d'avoir des statistiques beaucoup plus ciblées sur les soins primaires »

K.M. : « Je vais parler juste pour l'Agence : ce qu'on doit arriver à faire, Assurance Maladie et ARS c'est harmoniser nos données (ce n'est pas forcément la même grille de lecture) pour pouvoir après les délivrer aux acteurs de terrain (CPTS, MSP, etc.). On le fait déjà sur la PDSA ; on va le faire, la temporalité je ne l'ai pas. Sur la DRESS je n'ai pas la réponse, peut-être la DGOS ? »

DGOS : « Votre question porte essentiellement sur les données de santé globales ? (...). A la DGOS on finance également un projet sur les données de santé qui s'appelle le DATA e qui est un Appel à projet sur les cas d'usage des données de santé accessibles dans les entrepôts de données hospitaliers mais on réfléchit à ouvrir, cela peut être à long terme, à des entrepôts de données hors hôpital ; c'est juste à l'état de réflexion. Il y a aussi des initiatives qui sont lancées notamment P4DP pour lequel il y a eu une présentation récente ; de nombreux professionnels de santé sont associés à cette initiative et colligent des données de santé. Également l'entrepôt de données de santé de SOS médecins qui est sorti il y a peu. Il y a des initiatives sur les données de santé qui demandent des financements auxquels la DGOS réfléchit dans un contexte économique contraint pour apporter peut-être un soutien. »

K.M. : « On a travaillé récemment avec la CPAM, qui a une puissance de données très importantes et qui est en train de mettre en place des cartographies et une analyse au niveau territorial pour les CPTS, qui pourraient être partagées avec nous parce que on a besoin. la question c'est quelles modalités ? quelle fréquence ? Mais il y a un autre acteur qu'on n'a pas évoqué : ce sont les Observatoires Régionaux de Santé, financés par les Agences et qui sont des acteurs qui peuvent apporter beaucoup de données dans les territoires, et qui sont vraiment régionalisés. Ils sont déjà en ligne, il faut juste les connaître. On a beaucoup des données accessibles ; on ne sait juste pas où les chercher. C'est aussi le rôle des CPAM, des Agences, et demain des acteurs comme GIRCI, INSPA de pouvoir orienter les professionnels dans cette jungle de données. »

Participant

« Je suis coordinatrice d'une CPTS dans le Val d'Oise et on a beaucoup de chance avec notre sécurité sociale départementale, qui est dans la capacité de nous apporter des données très régulièrement sur notre territoire, très précises ; après quand ce sont des données sur moins de 10 (patients), les données ne sont pas données...Mais on a un vrai dialogue de gestion avec eux : on peut poser des questions et par la suite avoir des réponses. Par ailleurs un ROC et un médecin par département je trouve que c'est assez peu avec l'émergence de plus en plus de CPTS sur le territoire, je m'étonne que ces postes qui sont partenariaux pour les CPTS ne soient pas renforcés. »

Y.B. : « Je vois les CPTS comme un avatar du service public territorial de santé ; les CPTS sont amenées à évoluer, peut-être à disparaître je n'en sais rien. il y a quand même quelque chose qui a changé, c'est le contexte : on est dans une situation un peu plus aiguë qu'avant en termes de ressources humaines ; on le savait il y a 20 ans, on l'avait préparé mais personne ne voulait vraiment bouger. Aujourd'hui, il y a une pression très forte sur l'accès aux soins et on le voit ; on est aujourd'hui dans un contexte économique qui est un peu difficile aussi et tout ça pousse à aller vers des actions un peu plus volontaristes et il va falloir trouver des modalités de collaboration et être plus efficient. J'ai travaillé pas mal sur la financiarisation dans le cadre de la chaire Santé, il y a aussi d'autres acteurs qui arrivent et peuvent aussi proposer leurs services aux CPTS, qui peuvent aussi développer des infrastructures ; quand Doctolib va organiser des CPTS ? Je plaisante, je suis provocateur. Toutes cette question d'articulation Ville-Hôpital, l'organisation de la sortie, toutes ces questions de coordination des soins, il y a tout un ensemble d'opérateurs qui se proposent sur le marché et là aussi, je pense qu'il y a quelque chose à voir dans le viseur. la recherche, il faut publier, c'est très bien mais il faut penser aussi que le monde change, et qu'il faut penser à ce contexte-là. »

Gladys Ibanez :

« C'était juste pour dire un mot à la suite de l'intervention de Lionel Da Cruz : j'ai l'impression (...) que pour qu'il y ait de la Recherche dans les CPTS, il faut qu'il y ait d'une part des professionnels de santé et qui fassent du soin, et d'autre part des Appels à Projets, et des financements et qu'il y ait entre les 2, une infrastructure de soutien à la Recherche qui fasse le lien, dans laquelle il y ait des chercheurs dont l'objectif, le matin en se levant ,c'est que l'évaluation fonctionne, que le projet fonctionne. Cette infrastructure peut prendre des formes différentes. A la Réunion, ça peut être le CIC, peut être en Ile-de-France ce sera un Institut ou autre chose, etc. Et donc, pour créer cette infrastructure, il y a actuellement des obstacles : par exemple que la Recherche est très hospitalo-centrée. C'est à la fois une opportunité et un obstacle surtout en soins primaires en ambulatoire et en médecine générale. Il y a d'autres obstacles. Aujourd'hui le GIRCI soutient beaucoup la Recherche clinique alors que la Recherche en soins primaires, vous l'avez dit également Mr Mognon, c'est : étudier le besoin de santé, connaître son territoire, ensuite proposer des actions, des petites actions de recherche-action puis des plus grandes et après la recherche en organisation des soins et après la recherche clinique, etc. Donc, il y a toute une culture à développer à la fois auprès des professionnels de santé, des structures de recherche, des sociétés scientifiques en médecine générale, des DMG. Quant aux structures d'appui : les CIC, les URC, les DRCI etc...ne connaissent pas la recherche dans les cabinets de médecine générale. Je pense même que ça leur fait peur et ils ont raison, parce que c'est plein de pièges. Donc il y a besoin de communication, mais il y a aussi besoin d'organisation et de lever les obstacles et les barrières. Comme on en a beaucoup parlé et que j'étais restée en retrait : oui en Ile de France, on essaie de constituer un Institut qui arrive à fédérer les acteurs impliqués dans la recherche en soins primaires et dans l'organisation des soins et notamment dans les CPTS. Il n'y a pas forcément (un fléchage vers) des thématiques mais une volonté de fédérer toutes les structures de recherche qui le souhaitent et en mettant à disposition des chercheurs, des compétences en recherche qui ne soient pas sur Appel d'offres (0,3 équivalent temps plein pendant 18 mois) mais qui soient pérennes et qu'on puisse mutualiser et qu'on puisse penser à long terme des programmes de recherche. »

Jacques Citée :

« Tu as raison d'insister sur ce point dans le sens où on peut être nous - mêmes un obstacle à la Recherche en soins primaires si les institutions sont prêtes dans la tête et que nous et nos étudiants (...) on n'est pas prêts à entrer dans cette dynamique-là, (notre mentalité n'a pas forcément assez évolué). Parce que si les institutions sont prêtes et qu'on n'est pas en congruence avec eux on va rapidement rater un train qu'on risque de ne pas prendre avant longtemps. Donc il faut que dans nos CPTS ou inter CPTS, on réfléchisse à nos référents recherche. C'est un enjeu à court terme très important. »

K.M. : « On parle des appels à projets, oui il y a des CPTS qui répondent mais ce n'est pas dans notre culture. C'est compliqué de répondre à un cahier des charges etc. la culture de l'Appel à Projets est peut-être à revoir, on a réfléchi dans le cadre ARS Ile-de-France pour dire que c'est toujours les mêmes (on le voit) qui vont répondre aux Appels. Donc pas faire d'appels mais chercher les acteurs pour dire : « on souhaiterait que vous fassiez un projet de recherche et on travaille avec vous, sur ce qui vous intéresserait. » C'est aussi à nous d'aller chercher auprès des acteurs de terrain parce que si on ne fait que des Appels à projets c'est toujours les mêmes qui répondent... L'autre élément, on l'a tous dit : les CPTS sont, qu'elles le veuillent ou non, un acteur public dans le bon sens du terme et il faut que tous (CPTS, institutions etc.) montrent ce qu'on apporte aux patients, aux citoyens. aux collectivités, parce que ce sont les vecteurs de la démocratie. les citoyens ne savent pas ce que c'est qu'une CPTS.

Il faut montrer, prouver qu'on est efficace au travers de la recherche mais il faut vraiment parler, diffuser parce que c'est comme ça qu'on continuera à exister collectivement. »

R : « Je rejoins ce qu'a dit Gladys Ibanez : on a tous besoin de se fédérer, de se rencontrer, de rencontrer l'ensemble des acteurs, pour mettre à disposition des ressources pour faire de la recherche dans nos territoires. Et donc l'Institut, c'est vraiment super de faire ce que vous avez fait en Ile-de-France. Peut-être que les CIC peuvent ouvrir leur porte aux CPTS pour qu'elles aient les informations sur les Appels à projets parce qu'eux sont au courant de ce qui se passe (...). Je suis en train, au niveau de la Fédération nationale, d'aider les fédérations (régionales) pour répondre à des appels à projet de l'IREPS (centrés sur) la structuration organisationnelle des soins, (ce) qui correspond à ce qu'on fait dans les CPTS. On a besoin d'améliorer l'information, de former, de faciliter l'acculturation ; les GIRCI jouent un rôle et les CIC mettent en place des domaines de compétence en soins primaires et je pense que les CPTS peuvent donner leur point de vue par rapport aux projets de santé qu'ils développent sur le territoire en cohérence avec les priorités de santé publique. la question par rapport à la Fédération des soins primaires : j'ai rempli la demande de la DGOS sur le tableur Excel, c'était très intéressant les questions que vous avez posées sur la possibilité de mettre en place des ACI spécifiques dans les structures d'exercice coordonné avec éventuellement une mission optionnelle Recherche. On pourrait financer à travers ça un référent Recherche qui fait le boulot de récupérer toutes les informations sur les appels à projet, sur les ressources humaines qu'on pourrait avoir et c'est clair que la Fédération des soins primaires, je pense qu'on en a besoin parce que ça n'existe pas. Ce n'est pas logique qu'à l'hôpital il y ait un PHRC qui est bien organisé et fonctionne bien et que nous, dans le système ambulatoire des soins premiers, on ait une grosse difficulté à s'organiser et avoir des fonctions supports pour pouvoir avoir l'information, travailler sur les questions de recherche, évaluer nos actions et l'impact qu'on peut avoir au sein de la CPTS sur l'amélioration de la santé de la population. Je voulais savoir où vous en êtes de cette idée ? Il y a eu les Assises de la Recherche. Comment vous voyez la suite pour cette fédération ? »

T.L. : « Pour les formations c'est une mission confiée par la DGOS au GIRCI. Ils ont un devoir de formation sur l'ensemble du personnel de santé de leur territoire (hors CHU bien évidemment). Nous, tous les ans, ce qu'on demande au GIRCI, c'est la liste de tous les établissements et de toutes les structures auprès desquelles ils diffusent l'information, que ce soit la formation, les appels à projet ; ce qu'on va faire c'est renforcer très facilement les rôles des GIRCI sur la diffusion de l'information. On récupère leurs annuaires chaque année, j'ai tout, donc je peux regarder combien il y a de CPTS et dire : « attendez, il y en a près de 900 en France, je n'en vois que 50 ; il va falloir travailler là-dessus ». Ça c'est le côté Formation. Vous aviez une question sur la Fédération, les groupes de travail, etc. Ça c'est tout l'objet du groupe de travail. Nous on ne va pas dire il faut que ce soit une fédération de la recherche loi 1901. C'est : qui on met dans la gouvernance non pas pour faire remonter vos demandes individuelles, mais parce que vous avez des besoins communs. Vous les avez tous fait remonter : besoin du temps médical, de la formation, d'un financement pérenne. Ce sont quand même des choses que vous avez tous en commun avec les MSP, les Centres de Santé, les CPTS. On ne va pas faire siéger au COPIL RI, une centaine de fédérations, ça n'a pas de sens. L'idée c'est d'avoir une fédération représentant l'ensemble, elle devra travailler avec vous et l'ensemble des CPTS et faire remonter l'ensemble des demandes même s'il y a des divergences. Au sein de la FHF, on a des remontées qui ne sont pas toujours les mêmes entre Paris et hors de Paris. Sur l'outre-mer on a des projets spécifiques qui nous remontent via la FHF. On n'a pas du tout les mêmes problématiques dans les territoires ultra-marins et l'Hexagone. le but de la Fédération n'est pas de faire remonter une position commune mais d'exposer l'ensemble des positions et de faire redescendre ensuite l'information. C'est ça le but de la Fédération. »

Y.B. : « Pour avoir travaillé sur une mission qui s'appelle RESPIR, qui a échoué mais qui avait un objectif de créer une dynamique autour des soins primaires, je voudrais dire qu'il ne faut pas assimiler les soins primaires à la médecine générale. Pour moi les soins primaires c'est de la santé publique opérationnelle avec un ensemble d'acteurs : une logique populationnelle. 2^{ème} chose : avant de se lancer dans certains projets de recherche, il est nécessaire de structurer le monde des CPTS. L'idée d'Observatoire, de produire des statistiques d'être capable de décrire un peu plus que ce qu'on fait dans les CPTS avec leur niveau de maturité. Et pourquoi pas le co-construire avec des institutions ?

Pourquoi ne pas faire un Observatoire commun ? Après il y a les modules complémentaires, des échelles régionales, etc. mais pourquoi ne pas faire un socle commun d'informations qui serait partagé ? Au moins quelque chose qui décrive ce qu'il y a, combien, avec des indicateurs...C'est une étape essentielle. Et ça servira pour des tas de choses. »

P.H. : « Je voudrais prolonger un point évoqué par Yann Bourgueil ce matin ; j'étais frappé quand il était question de recherche et de coopération de recherche, c'était avant tout avec les Départements de médecine générale. La recherche en soins primaires c'est aussi de la Santé Publique, avec d'autres perspectives disciplinaires y compris en sciences sociales. »

Participant :

« Merci pour cette table ronde que je trouve excellente. Vous dites beaucoup de choses et ça part un peu dans tous les sens. Je suis désolé de vous dire ça mais je suis prof de médecine générale et ce n'est pas de la Santé Publique. En médecine générale on fait de la santé publique, c'est dans les compétences standard du généraliste mais ce n'est pas tout à fait la même chose ; pareil pour les sciences sociales, on a aussi des recherches de terrain. Pour revenir à ce que Gladys a dit : c'est un petit peu « Paris centré ». (...) Je rappelle les grands centres de recherche en soins primaires, il y a Paris, Brest, Lyon, Toulouse... malheureusement à Poitiers on est un peu petits mais ça commence. On avait fait une Revue de la littérature, (concluant) que dans certains pays pour que la recherche puisse fonctionner en soins primaires, il faut qu'il y ait un certain nombre de données, un financement, mais (...) surtout qu'on puisse utiliser des professionnels de la recherche (ARC, des ingénieurs, méthodologistes). (...) Ça c'est indispensable parce que dans les autres pays, c'est comme ça que ça a fonctionné (tant que ce n'est pas comme ça, ça ne fonctionnera pas). (...) »

Tant qu'on n'aura pas à notre disposition des ARC et autres, on aura du mal à avancer et on a le sentiment que ces gens-là sont formés dans un esprit de (...) recherche clinique hospitalo-centrée. Et donc moi je travaille avec la direction de la recherche du CHU Poitiers, on n'a pas d'ARC spécifique ayant une culture « soins primaires », on n'a pas de recherche clinique qui ait une culture de soins primaires, pas de méthodologiste qui sache comment faire (...). J'ai répondu à un AAP RESPIR, en cours depuis 2021 : je structure 20 centres, je suis investigateur principal mais ce sont des médecins généralistes isolés dans leur coin, où dans des structures (de soins primaires) alors que quand mon collègue hospitalier fait un protocole, il va (travailler avec) 3 Services hospitaliers, bien structurés qui ont l'habitude. (...) le fait de créer une unité, un institut, très bien mais peut-être pas Paris centré. Mais surtout il nous faut des acteurs de santé, des professionnels de la recherche en santé avec nous. »

AB : « Chacun peut répondre à ce qui s'est dit là et ce que vous voulez en conclusion de cette journée et je demanderai à Gladys Ibanez, qui habite en banlieue et exerce en banlieue, de conclure cette journée pour l'ensemble de la France. »

T.L. : « Bien entendu on a regardé à l'étranger ce qui se passait de l'autre côté de la Manche avec le système normatif hiérarchisé (...) où en fait le pilier des soins primaires c'est le médecin généraliste. On dispose (aussi) de données bibliométriques de la cellule opérationnelle de ville qui permettent d'interroger PUBMED et de sortir des données très fines. (...) En termes de Recherche en soins primaires sur Pubmed on est les 4^{èmes} en Europe. Il y a à peu près 104 000 articles sur les 10 dernières années donc on n'est peut-être pas encore bien organisés, on manque peut-être de bras mais on est quand même 4^{èmes} en Europe sur la thématique de la recherche en soins primaires. Ensuite on a à travers le plan France 2030 avec l'Agence de l'Innovation en Santé et F-Crin¹, réfléchi aux besoins. Le point sur lequel a insisté le ministère au moment des discussions (...), c'est que pour faire, il faut des bras, il faut des ARC, il faut des TEC. C'est quelque chose qui a été entendu et va être incrémenté dans le projet F-Crin. Ils veulent faire un Réseau, c'est-à-dire qu'on référence les acteurs, on estime les besoins et après on calcule le nombre de bras et on met à disposition des ARC et des TEC. Ce doit être travaillé dans le Plan France 2030. »

L.C. : « Sur le projet ISPA², Gladys Ibanez pourra préciser les choses. Nous, côté DGOS, (n'avons pas) l'idée de financer un seul Institut Paris centré. C'est un projet un peu en avance sur d'autres initiatives (...). Ça peut être un laboratoire, une expérimentation qui peut être utile et reproductible en province, c'est un peu ça l'idée. On avance avec l'ISPA, on voit ce que ça donne et peut être qu'on peut répliquer sur d'autres territoires. un mot de conclusion, 3 types de financement : les appels à projet, une expérimentation très intéressante sur l'Institut de Soins Primaires Ambulatoires, et la réflexion qu'il faudra avoir sur comment on finance le temps consacré à la recherche par les professionnels de santé, quelle forme ça prend, les différentes modalités possibles, le canal de financement. »

¹ L'Infrastructure F-CRIN (French Clinical Research Infrastructure Network) est une plateforme de soutien et de structuration de réseaux nationaux de recherche, d'expertise et d'investigation clinique dans des thématiques médicales ciblées. Modèle original d'organisation intégrée et fédérative, elle constitue une communauté nationale transversale d'expertises complémentaires de pointe (médicales, scientifiques, méthodologique).

² Institut de Soins Primaires Ambulatoires

K.M. : « Je vais rebondir sur quelque chose que vous avez dit et que je trouve très intéressant. On est parfois notre propre ennemi : en santé on est souvent très divisés, chacun veut parfois tirer la couverture à soi, entre médecins généralistes et hospitalier, entre médecins et autres professionnels de santé... Il faut vraiment qu'on fasse attention à ça parce que je trouve que là il y a un petit alignement de planètes dans un contexte contraint, où on veut tous aller dans le même sens : il faut vraiment au niveau de l'ambulatorie (...) qu'on arrive à se mettre d'accord. Dans les CPTS les gens ne sont pas d'accord, dans les inter-CPTS aussi. C'est normal. Il faut un peu de temps long et on n'en a pas tant que ça. Sur la financiarisation : il y a des acteurs qui, si on ne le fait pas, vont le faire. Ils feront probablement bien mais différemment et ce n'est pas ce qu'on veut collectivement. Allons-y ensemble mais maintenant, en faisant attention mais maintenant. »

P.C. : « Je crois que les CPTS, c'est vraiment une transformation profonde du système de soins et des professionnels de santé français qui sont tous des acteurs privés indépendants auxquels on demande collectivement de rentrer dans une logique populationnelle, de s'occuper des gens qu'ils ne voient pas : c'est toute la question de l'accès aux soins, de l'aller vers, etc...C'était illustré par (la présentation de) la Réunion. C'est une mutation parce qu'il faut passer de son patient à une dimension populationnelle et ça veut dire que ça s'articule avec les autres : il faut faire émerger l'organisation, la population, les données, c'est une mutation énorme. Je persiste à dire que les soins primaires, ce n'est pas l'apanage d'un seul groupe professionnel ; c'est tous les acteurs, c'est essentiel. Pour la recherche en soins primaires, ça ne peut être que des équipes pluridisciplinaires. On n'a pas du tout parlé des patients dans la recherche. Comment on les implique, comment on les sollicite, etc. Quelque chose qui se développe aussi à l'hôpital c'est aussi un point qu'on pourrait évoquer. »

P.H. : « Je ne suis pas médecin, je suis un pur académique, je ne suis pas un praticien. Deux choses m'ont particulièrement réjoui : la 1^{ère}, c'est que j'ai entendu toute la journée un plaidoyer pour la recherche par des acteurs qui pratiquent de la recherche, ou qui en font partiellement, et c'est excessivement réjouissant. Ça paraît important aussi d'avoir de la recherche sur les CPTS, qui peut être faite avec les CPTS mais pas uniquement dans les CPTS. Le 2^{ème} point qui m'a réjoui en tant que chercheur qui travaille depuis longtemps dans des perspectives comparatives notamment européennes, c'est que j'ai entendu beaucoup un plaidoyer pour les comparaisons internationales, évidemment c'est compliqué à faire dans une CPTS mais au-delà de cette question des Observatoires, c'est aussi se mettre en relation avec ce qui se fait dans les autres pays (...). »

R : « Pour revenir sur ce que dit Yann de la révolution actuelle de nos métiers que ce soit dans les MSP, les CPTS ou dans la Recherche, un des éléments majeurs de changement c'est l'arrivée de fonctions – support. (...) . On est encore des militants et on a fait les CPTS en militant. C'est très bien mais il faut tourner cette page, se professionnaliser. Ce n'est pas à nous de faire l'ARC, il faut des ARC. Et on a des coordinatrices ici et on a bien vu qu'elles prenaient leur place et c'est très bien. Appuyons-nous sur tous ces hommes et ces femmes qui viennent en renfort, qui professionnalisent nos CPTS, nos Maisons de Santé, et demain notre Recherche. »

A.B. : « Je vais remercier nos intervenants. C'était passionnant. Je passe la parole à Gladys Ibanez pour conclure la journée. »

Gladys Ibanez :

« Alors je ne vais pas faire une 7^{ème} conclusion. Je vais remercier nos intervenants. Merci d'être venus pour cette journée passionnante. Les soins primaires, la Santé Publique étaient unis dans un projet commun pour la Santé des Populations. Je vais vous souhaiter un bon weekend. Peut-être que nous pourrions refaire une journée sur cette thématique dans quelques années pour voir les évolutions et montrer les progrès que nous aurons fait. »