

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Marie NAVINEL

Née le 9 septembre 1992 à Châteaubriant (44)

QUELS SONT LES FREINS A L'INVESTISSEMENT DES MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DE LA COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE ORLEANAISE ?

Présentée et soutenue publiquement le **10 décembre 2020** devant un jury composé de :

Président du Jury: Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'Adultes, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Raphaël ROGEZ, Neuropsychiatrie – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie - Economie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Pierre BIDAUT, Médecine Générale – Gien

TITRE : QUELS SONT LES FREINS A L'INVESTISSEMENT DES MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DE LA COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE ORLEANAISE ?

INTRODUCTION :

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la région Centre Val de Loire est la région ayant la densité médicale la plus faible de France, notamment le département du Loiret, entraînant des difficultés d'accès aux soins. Face à cette situation, différentes initiatives d'organisation du soin se sont mises en place. En janvier 2016, la loi de Modernisation du Système de Santé incite à la réorganisation des soins ambulatoires sous forme de CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Bien que les objectifs de la CPTS ne puissent que recueillir le consensus et que la place du médecin généraliste dans le parcours du patient soit centrale, nous observons un investissement limité de la part des médecins généralistes du territoire Orléanais. Quels sont ces freins ? L'objectif secondaire est de mettre en évidence des leviers pouvant permettre de lever ces freins.

METHODES :

Etude qualitative d'approche inductive généralisée à l'aide d'entretiens semi-directifs (entretiens individuels) réalisés auprès des médecins généralistes du territoire d'Orléans et ses communes limitrophes entre juin 2019 et avril 2020. L'échantillonnage était raisonné et en variation maximale.

RESULTATS :

Six entretiens individuels ont été réalisés auprès de six médecins généralistes du territoire de la CPTS Orléanaise. La saturation des données a été obtenue. La surcharge de travail en lien direct avec la démographie médicale déficitaire du territoire Orléanais a été unanimement mise en évidence dans les entretiens constituant un frein majeur. Aujourd'hui, il existe des difficultés pour les médecins généralistes à visualiser les résultats concrets des efforts menés par la CPTS Orléanaise, en partie car les actions menées ne correspondent pas toujours à leurs problématiques. Les médecins généralistes ont des réticences en lien avec un pilotage du dispositif ressenti comme mené par les tutelles, susceptible d'entraîner une perte de liberté. La CPTS Orléanaise se veut innovante et introduit une nouvelle forme d'exercice pluriprofessionnel pouvant générer des craintes auprès des professionnels de santé (superficie du territoire, nombre de professionnels de santé, surcharge administrative, crainte d'un consensus difficile entre professions de santé etc...).

DISCUSSION ET CONCLUSION :

Les attentes des médecins généralistes concernant la CPTS Orléanaise sont nombreuses et l'intérêt suscité est manifeste, notamment en termes de pluriprofessionnalité. La CPTS Orléanaise pourrait contribuer à résoudre certaines difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne des médecins généralistes du territoire Orléanais, notamment pour ce qui concerne l'accès au second recours et l'articulation avec ville-hôpital.

MOTS CLES : « CPTS » ; « Pluriprofessionnalité » ; « Territoire » ; « Médecins Généralistes » ; « Organisation du soin »

TITLE : WHAT ARE THE ROAD BLOCKERS OF THE INVOLVEMENT OF THE GENERAL PRACTITIONERS IN THE “ORLEANAISE” TERRITORIAL PROFESSIONAL COMMUNITY OF HEALTH ?

INTRODUCTION:

According to the Department of Research, Studies, Evaluation and Statistics, the region “Centre Val de Loire” is the region with the lowest medical density in France, in particular the “Loiret” department, leading to difficulties in accessing healthcare. To address this situation, various healthcare organization initiatives have been put in place. In January 2016, the law on the Modernization of the Health System encouraged the reorganization of outpatient care in the form of Territorial Professional Health Communities (CPTS). Although the goals of the CPTS can only gather consensus even though the place of the general practitioner in the patient's journey remains central, we observe a limited involvement of general practitioners in the “Orleanais” region. What are these road blockers? The secondary goal will be to highlight which levers can be applied in order to overcome these difficulties.

METHODOLOGY:

Qualitative study of a generalized inductive approach using semi-structured interviews (individual interviews) carried out with general practitioners in the territory of “Orleans” and its neighboring municipalities between June 2019 and April 2020. The sampling was reasoned and varied maximum.

RESULTS:

Six individual interviews were carried out with six general practitioners in the territory of the “Orleanaise” CPTS. Data saturation has been obtained. The work overload directly related to the medical demography deficit of the “Orleanais” territory was unanimously highlighted in the interviews constituting a major obstacle. Today, there are issues for general practitioners to visualize the concrete outcomes of the efforts led by the “Orleanaise” CPTS, partly because the actions carried out do not always correspond to their needs and expectations. As matter fact, general practitioners are reluctant to drive those device pilots, perceived as being carried out by the supervisory authorities, and likely to lead to a loss of freedom. The “Orleanaise” CPTS is innovative and introduces a new form of multi-professional exercise that can generate concern among health professionals (area of the territory, number of health professionals, administrative overload, fear of a difficult consensus between health professions, etc.).

DISCUSSION AND CONCLUSION:

There are multiple expectations of general practitioners regarding the “Orleanaise” CPTS and the interest is strong, particularly in terms of multi-professionality. The “Orleanaise” CPTS could help resolving some of the difficulties encountered in the daily practice of general practitioners in this specific territory, in particular around the access to specialists and the linkage between city-hospital.

KEYS WORDS: « CPTS »; « Multi-professionality »; « Territory »; « General Practitioners»; « Organization of care »

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David..... | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas..... | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERHOUEZ Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BOURGUIGNON Thierry | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CALAIS Gilles..... | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent..... | Psychiatrie d'adultes |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand..... | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri..... | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Médecine intensive – réanimation |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FAVARD Luc..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FOUQUET Bernard..... | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GRUEL Yves..... | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice..... | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUILLOIN Antoine..... | Médecine intensive – réanimation |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HAILLOT Olivier..... | Urologie |
| HALIMI Jean-Michel..... | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe..... | Biologie cellulaire |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd..... | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent | Dermato-vénérologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |

| | |
|-------------------------------|--|
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénérologie |
| MEREGHETTI Laurent..... | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain..... | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis..... | Rhumatologie |
| ODENT Thierry..... | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna..... | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean..... | Ophtalmologie |
| PLANTIER Laurent..... | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe..... | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline..... | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem..... | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénérologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick..... | Génétique |
| VAILLANT Loïc..... | Dermato-vénérologie |
| VELUT Stéphane..... | Anatomie |
| VOURC'H Patrick..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|----------------------------------|---|
| AUDEMARD-VERGER Alexandra | Médecine interne |
| BARBIER Louise..... | Chirurgie digestive |
| BINET Aurélien | Chirurgie infantile |
| BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DENIS Frédéric..... | Odontologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| ELKRIEF Laure..... | Hépatologie – gastroentérologie |
| FAVRAIS Géraldine | Pédiatrie |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe..... | Néphrologie |
| GOUILLEUX Valérie..... | Immunologie |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |

| | |
|-----------------------------------|--|
| HOARAU Cyrille | Immunologie |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LE GUELLEC Chantal..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno | Pédiatrie |
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste | Radiologie pédiatrique |
| PIVER Éric..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille..... | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte | Thérapeutique |
| TERNANT David..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... | Génétique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences |
| NICOGLU Antonine | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------|-------------------|
| BARBEAU Ludivine..... | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe..... | Médecine Générale |
| SAMKO Boris..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

| | |
|-------------------------------|---|
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel..... | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| GILLOT Philippe..... | Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| KORKMAZ Brice..... | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |
| MAZURIER Frédéric..... | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259 |
| PAGET Christophe | Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| RAOUL William | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001 |
| SI TAHAR Mustapha | Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire..... | Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|---------------------|-----------------------|
| MAJZOUB Samuel..... | Praticien Hospitalier |
|---------------------|-----------------------|

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice..... | Praticien Hospitalier |
|-----------------------|-----------------------|

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre LEBEAU,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. J'ai dès la première année de mon internat, apprécié votre engagement pédagogique et votre aide. Je vous remercie pour votre implication auprès des internes de médecine générale. Je vous présente mes hommages respectueux.

A mes maîtres et juges,

Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Vous me faites l'honneur de juger mes travaux de diplôme d'études spécialisées de médecine générale et de thèse. Je vous remercie pour votre considération, pour l'attention que vous avez portée à mon travail, ainsi que pour votre attachement à l'enseignement.

Monsieur le Docteur Raphaël ROGEZ,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A mon directeur de thèse,

Pierre, un grand merci pour cette belle aventure parcourue ensemble. Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accordé votre confiance. Je suis très heureuse d'avoir pu travailler avec vous. Je vous remercie également de m'avoir enseigné la pratique de la médecine générale avec la rigueur et le souci permanent du service rendu pour le patient. J'admire l'énergie et l'enthousiasme que vous déployez pour faire naître des projets innovants de soins.

Aux médecins généralistes qui volontairement se sont prêtés à cet exercice. Vous m'avez donné de votre temps et accepté de me faire partager votre vécu. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Ces moments d'échanges ont été très enrichissants. Un grand merci.

Marion, un grand merci pour ton aide précieuse pendant ces 2 années de travail. Merci pour ta disponibilité et tes conseils, ce fût un plaisir de travailler avec toi. Merci Mylène pour votre accompagnement dans ce travail ainsi que vos conseils.

Merci à mes parents,

Maman, Papa, les mots sont insuffisants pour exprimer ce sentiment. Merci d'avoir été présents pendant toutes ces années de travail et de m'avoir aidé à me construire. Merci pour votre savoir vivre, votre générosité, votre bienveillance, votre sens du travail et tout l'amour que vous me portez. Je suis si fière de vous. A vos côtés, rien ne peut m'arriver. Ce travail est le fruit du soutien et de l'encouragement que vous ne cessez de m'apporter. Vous savez tout ce que vous représentez pour moi et à quel point je vous aime.

A mon frère, à ma sœur,

Mon frère, Doudou, merci pour ta présence, ton soutien, tes appels téléphoniques malgré les kilomètres qui nous sépare, ta bonne humeur et ton sens de l'humour qui est... presque aussi incroyable que le mien... Tu es le bro, le seul et l'unique, je t'aime.

Ma sœur, Cécile, merci pour tout ce soutien que tu m'apportes, merci pour ta douceur, merci pour cette relation et cette entente qui est si précieuse pour moi, merci pour tous les moments que nous partageons. Je t'aime.

Caroline, une grande pensée pour toi

A ma belle-sœur,

Vicky, merci pour nos discussions enrichissantes, pour ta bienveillance et pour ton rire toujours aussi communicatif ! Merci pour ton soutien et tes conseils toujours aussi précieux pour moi.

Loulou, merci, j'ai hâte de pouvoir apprendre à te découvrir

A mes nièces,

Alix et Isaure, merci de m'offrir tant de bonheur, je vous aime.

A mes grands-parents,

Mamie Madeleine, Papy Joseph, merci pour tout, merci d'être les personnes que vous êtes, toujours présents, avec autant d'amour. Merci pour les valeurs que vous me transmettez, pour votre accueil aussi chaleureux et vos si beaux sourires. Je vous aime.

Mamie Yvette, merci pour tes petits plats, les balades dans le jardin, ton accueil et l'amour que tu me portes, une grande pensée pour mon Papy Alphonse, je vous aime.

A mes oncles et tantes, Angélique, Laurent, Céline, Jean-Claude, Marinette, Loïc, Jean-François et Michèle, merci pour votre soutien pendant toutes ces années. **A mes cousins**, merci d'avoir été présents, de près ou de loin

A la Trivial Team,

A mes piliers, Chouquette, Léa, Coco, Cloé, merci pour tout vous savez bien, merci pour vos rires et vos conseils si importants pour moi, merci de m'avoir accompagné et aimé pendant toutes ces années. Je vous souhaite de vous épanouir dans vos vies respectives. Longue vie à notre amitié ! Je vous aime.

A vous, Bichon, Fiona, Yahia, Antoine, Amandine, Clémence, Gildas, Bel, Marion, Anaïs, Mimi, Nico, Momo, Guillaume, Valou, merci pour votre bonne humeur et pour ces années de rire et de folie ! Ce n'est que le début...

A mes amis d'externat,

Ariane, merci d'être la personne que tu es, aussi drôle et attentionnée, merci pour tout. Manue, merci pour nos fous-rires à n'en plus finir, l'Erasmus et j'en passe, merci pour ton écoute et pour l'amitié que tu me portes.

Elena, merci pour ta joie de vivre et tes conseils précieux, Clémence, merci pour nos discussions et ta confiance.

Alice, merci pour cette belle amitié, pour toutes ces soirées et ce n'est pas fini ! Momo, ce stage en réa ou tout a commencé... le début d'une longue histoire, ma grenouille, merci pour cette belle amitié !

Youyou, merci pour tous ces moments passés ensemble, la BU, tu connais, les rires, les larmes et j'en passe ! Merci pour tout.

Mélanie merci pour ton sourire toujours aussi grand, l'Erasmus, nos discussions, Manon, Chloé, Yasmine, Antoine, Lolo, merci d'avoir partagé ces belles années ensemble.

Aux Tourangeaux,

Founette, merci pour ta confiance, ta simplicité et ton sourire ! Longue vie à notre amitié !

Nanou, Cam, merci pour cette belle amitié qui nous lie, je suis heureuse d'avoir partagé ces moments ensembles et il y en aura encore pleins d'autres... parce que... Tchintchintchin !

Manon, Clairette, Estelle merci pour vos éclats de rire, vivement nos prochains week end !!!

Anne-So, Soum, Paul, Quentin, Wiwi, Guillaume, merci pour ces moments passés ensemble

A la team Orléans pour ce superbe semestre qui restera inoubliable, Falky, pour tes airs de guitare sur le balcon de Nanou et tes chorées déchainées, Juan pour avoir toujours du saumon dans ta poche, Thomas pour ton déguisement de tonus Harry Potter à jamais gravé dans ma mémoire, Coco pour tes scoops à n'en plus finir, Hugo pour les petits sons venus d'ailleurs, Sixtine pour ton sens de l'organisation assez incroyable, Nattie pour ta conduite inoubliable et Guillaume pour avoir gagné aux concours des mains douces, merci !

A mes colocos tourangeaux, Juju merci pour tes petits sons toujours aussi plaisants, pour nos discussions, Germain alias Gégé, merci pour tes petits plats incroyables et ta générosité, Cassou, merci pour ta bonne humeur !

A la team angevine, Fayçal, Charly, Omar, Guigui, Lulu, et tous les autres, merci pour ces moments passés ensembles, longue vie à la team flip cup !

Aux Nantais,

Juju, pour tes attentions, pour ta simplicité et pour ton amitié, merci ! Abdul, Elodie, merci pour votre soutien, vivement nos prochaines raclettes !

Une attention particulière pour toi **Romain**, à nous et à l'avenir, je t'aime.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Liste des abréviations | 7 |
| Introduction..... | 9 |
| Les CPTS, une démarche régionale :..... | 11 |
| I. Eléments de contexte | 11 |
| II. Les CPTS : Une méthodologie précise..... | 13 |
| III. La particularité de la région Centre Val de Loire..... | 15 |
| La CPTS Orléanaise..... | 16 |
| I. Le territoire | 16 |
| II. Les missions et les actions de la CPTS'O | 19 |
| III. Articulation de la CPTS'O avec les initiatives locales..... | 20 |
| 1. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et Equipes de Soins Primaires (ESP)..... | 20 |
| 2. Le Groupement Hospitalier Territoire du 45 (GHT 45) | 20 |
| 3. Le CLS – Contrat Locaux de Santé..... | 21 |
| 4. Plateforme Territoriale d'Appui | 21 |
| IV. Le fonctionnement | 21 |
| V. Les financements..... | 22 |
| VI. Les adhérents | 24 |
| Méthodes..... | 25 |
| I. Type d'étude | 25 |
| II. Population d'étude | 25 |
| III. Recueil des données | 25 |
| IV. Analyse des données | 26 |
| V. Aspects éthiques et réglementaires..... | 26 |
| Résultats | 27 |
| I. Caractéristiques des participants | 27 |
| II. Description des entretiens individuels | 28 |
| III. Analyse thématique..... | 28 |
| A. Les freins structurels à l'engagement dans la CPTS'O..... | 29 |
| 1. La démographie médicale déficitaire | 29 |
| 2. La surcharge de travail entraînait un manque de temps..... | 29 |
| 3. Une sollicitation importante | 30 |
| a. Nombre de réunions et de mails importants | 30 |
| b. Difficulté à libérer un temps dédié à la réflexion sur l'organisation des soins..... | 30 |
| 4. Préservation d'un équilibre de temps personnel et familial..... | 32 |

| | | |
|----|--|-----------|
| 5. | Le territoire en lui-même..... | 32 |
| a. | La superficie et la population du territoire de la CPTS trop conséquente | 32 |
| b. | Un nombre important de professionnels de santé..... | 33 |
| c. | Problématiques différentes entre les quartiers de la CPTS | 33 |
| 6. | Les freins liés aux tutelles | 34 |
| a. | Supervision des institutions | 34 |
| b. | Crainte de devoir assumer les conséquences du déficit démographique via la CPTS...34 | |
| 7. | Un besoin de partage d'expérience non satisfait..... | 35 |
| a. | Corporatisme | 35 |
| b. | Faible participation des médecins spécialistes hors médecine générale | 36 |
| c. | Absence de demande de certains médecins interrogés | 36 |
| | B. Freins conjoncturels à l'engagement de la CPTS'O..... | 38 |
| 1. | Des problèmes de communication..... | 38 |
| a. | Méconnaissance du dispositif par les médecins généralistes | 38 |
| b. | Supports de communication inadaptés | 38 |
| 2. | Absence de rémunération | 39 |
| 3. | Horaires des réunions inadaptés..... | 40 |
| 4. | Craintes en lien avec la pérennité du projet | 41 |
| | C. Freins liés aux orientations prises par la CPTS'O..... | 42 |
| 1. | Liés aux thèmes des actions de la CPTS'O | 42 |
| a. | Importance du nombre de thèmes abordés et leurs manque de pertinence pour les médecins généralistes | 42 |
| b. | Non-respect des thèmes annoncés | 42 |
| c. | Thèmes imposés | 43 |
| 2. | Liés aux actions elles même..... | 43 |
| a. | Absence de visibilité sur les bénéfices potentiels | 43 |
| b. | Actions ne correspondant pas aux attentes des médecins généralistes | 45 |
| c. | Participer à la réponse à la demande de Soins Non Programmés (SNP) | 48 |
| d. | Appréhension par rapport à la quantité de travail à produire pour faire avancer les actions..... | 51 |
| | D. Freins liés aux habitudes de travail et aux profils des médecins généralistes | 52 |
| 1. | Sentiment d'autosuffisance des médecins généralistes du territoire Orléanais | 52 |
| 2. | Articulation avec les différents investissements..... | 52 |
| a. | Doublon investissement MSP / CPTS | 52 |

| | | |
|----------------------|---|-----------|
| b. | Priorisation des MSP | 53 |
| c. | Autres investissements | 53 |
| 3. | Peur du changement d'organisation et des modes de prises en charge..... | 53 |
| 4. | Perte de liberté..... | 54 |
| a. | Imposition d'un mode de fonctionnement | 54 |
| b. | Inflation des tâches administratives | 54 |
| 5. | Le fait de travailler en exercice isolé | 55 |
| 6. | Le fait d'être proche de la retraite | 55 |
| 7. | Positionnement du syndicat par rapport à la CPTS | 55 |
| 8. | Consensus interprofessionnel impossible | 55 |
| Discussion | | 57 |
| I. | Le résultat principal | 57 |
| II. | Comparaison avec la littérature | 57 |
| 1. | La définition de soins primaires à l'étranger..... | 58 |
| 2. | Les organisations de soins à l'étranger..... | 58 |
| III. | Les forces et les limites | 59 |
| IV. | Les perspectives | 60 |
| 1. | La CPTS, un dispositif intégré au paysage | 60 |
| 2. | Un usage stratégique de la CPTS ? | 60 |
| 3. | La possibilité d'une sectorisation de la CPTS'O ? | 61 |
| 4. | Recueillir l'avis des autres professionnels de santé de la CPTS'O | 61 |
| 5. | Formation de professionnels : Infirmières en pratiques avancées (IPA), assistants médicaux et coordinateurs ? | 61 |
| 6. | Les outils de communication | 62 |
| 7. | Une étude exploitable sur d'autres territoires ?..... | 62 |
| Conclusion : | | 63 |
| Bibliographie | | 64 |
| Annexes | | 67 |

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de la Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CHRO : Centre Hospitalier Régional d'Orléans

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrats Locaux de Santé

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comités de Protection des Personnes

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CPTS'O : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Orléanaise

CVL : Centre Val de Loire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESP : Equipe de Soins Primaires

ESP-CVL : Equipe de Soins Primaires – Centre Val de Loire

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMPS : Fédération des Maisons et Pôles de Santé

GHT 45 : Groupement Hospitalier de Territoire 45 (Loiret)

GMF : Groupe de Médecine de Famille

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ISPL : Institut Statistique des Professionnels de santé Libéraux

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PCMH : Patient-Centered Medical Home

PMI : Protection Maternelle Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSA : Revenu de Solidarité Active

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SNP : Soins Non Programmés

SSP : Soins de Santé Primaires

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie

UNPS : Union Nationale des Professionnels de Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

Introduction

Face à une demande de soin accrue et à la diminution de l'offre de soin, l'adaptation du système de santé Français est nécessaire. Le vieillissement de la population, la croissance et la prévalence des maladies chroniques associés à une diminution de l'offre de soin sur le territoire en raison de la baisse progressive du numerus clausus expliquent ce phénomène.

Devant la prise de conscience croissante de cette situation, différentes initiatives de structurations se sont déjà mises en place sur le territoire. En effet, la loi de modernisation de santé 2016 permet la réorganisation des soins ambulatoires. Elle fait de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires, que ce soit au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles, comme par exemple les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). [1]

Secondairement, la loi Ma Santé 2022 place les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) au cœur de son projet, témoignant d'une réelle volonté politique de pérenniser ce dispositif dans le paysage territorial. [2] L'accès à des financements comme l'ACI (Accord Cadre Interprofessionnel) signé en 2018 entre l'UNCAM et l'UNPS permet un meilleur ancrage ainsi qu'une durabilité du développement de la CPTS.

La CPTS est composée de "professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant les soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé". [3]

A l'échelle territoriale, il est important de souligner le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soin du patient, en effet, l'organisation des soins est une mission importante coordonnée par l'ensemble des professionnels de santé dont le médecin généraliste est le pivot. La CPTS est constituée à l'initiative des professionnels de santé et répond aux besoins de la population et des professionnels de santé.

Son but étant d'améliorer l'accès aux soins (accès au médecin traitant, prise en charge des soins non programmés et recours à la télémédecine), améliorer le parcours de santé grâce à une meilleure coordination des acteurs afin de promouvoir la pluridisciplinarité. Enfin, enrichir l'offre de santé par la mise en place d'actions de préventions et de promotions de la santé est au cœur du projet des CPTS.

Une dynamique a été lancée par la fédération des URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) de la région Centre Val de Loire et par l'URPS médecins afin de piloter une démarche régionale et territoriale structurée. [4] Celle-ci s'est traduite par l'engagement des professionnels de santé sur le territoire, par un travail de cartographie et par l'embauche de coordonnateurs. La région Centre Val de Loire est leader dans la construction et la nouvelle organisation des CPTS.

Il semble important que la réflexion sur les CPTS se fasse en accord avec les médecins généralistes afin d'envisager une évolution des pratiques. Le projet des CPTS se construit à l'initiative des professionnels de santé afin que les objectifs soient en accord avec le terrain. Cependant, il existe des freins à l'investissement des médecins généralistes au sein de la CPTS Orléanaise. L'objectif premier est de comprendre pourquoi les médecins généralistes trouvent des difficultés à se regrouper et à s'investir dans le collectif qui est celui de la CPTS Orléanaise. L'objectif secondaire est de mettre en évidence les leviers pouvant permettre de lever ces freins. En effet, il semble important de participer à la réflexion actuelle sur l'organisation de proximité du soin ainsi que le positionnement des médecins généralistes impliqués dans la structuration de l'exercice coordonné.

Les CPTS, une démarche régionale :

I. Eléments de contexte

La région Centre Val de Loire est la région de France métropolitaine ayant la densité médicale la plus faible. En effet, l'effectif de médecins généralistes en activité en 2018, en France métropolitaine (sexes et âges confondus) en région Centre Val de Loire arrive en dernière position selon les données de la DREES. [5] La densité médicale, établie par département, classe le département du Loiret en 95^{ème} position sur 101 départements Français. [5]

Les graphiques suivants représentent la sous médicalisation du territoire à l'échelle nationale. Selon les analyses réalisées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le taux de médecins généralistes à l'échelle nationale continuera de s'amenuiser jusqu'en 2025.

Figure 10 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)

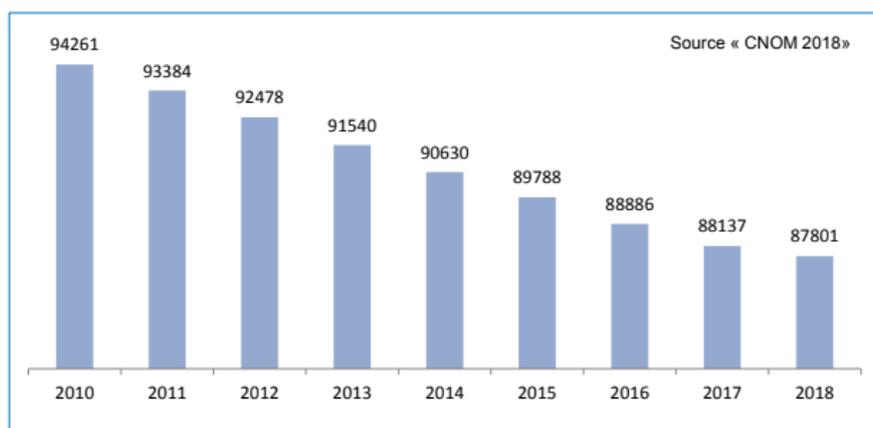
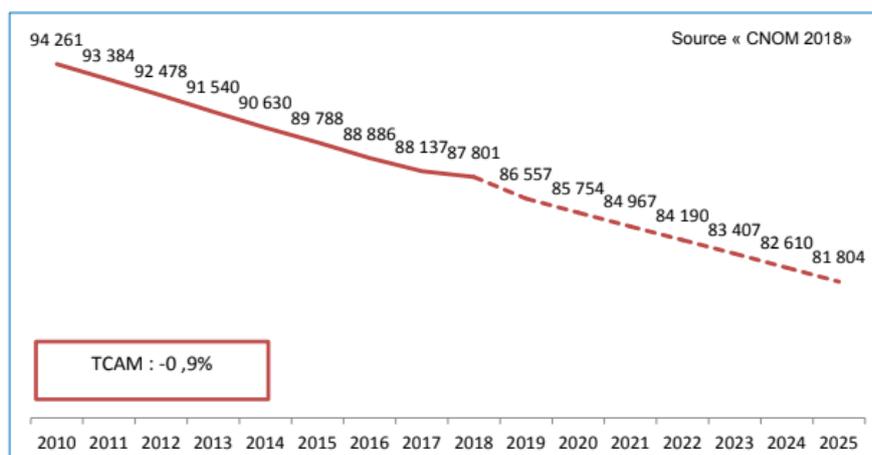


Figure 11 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues)



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins – Atlas de la démographie médicale en France, 2018.

Devant ce constat, une première expérience régionale permet la création, en 2012, d'un Pôle de santé libéral du Sud Lochois, initiée par un élu de l'URPS-ML et soutenue par l'URPS-ML. Ce pôle visait déjà à regrouper les professionnels de santé du territoire et à travailler dans une logique de parcours. En effet, la mise en place du PAERPA (Parcours de Santé des Personnes Âgées en risque de Perte d'Autonomie), l'utilisation de la messagerie sécurisée en santé et du dossier patient informatisé en sont des exemples concrets.

Aussi, plusieurs éléments constituent un terreau favorable à la mise en place des CPTS :

- La Loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009 introduit la notion d'organisation territoriale du système de santé. [6]
- L'expérience de l'exercice coordonné au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles de ces dix dernières années confortent l'importance de la coordination des soins primaires et l'intérêt donné aux soins ambulatoires.

En 2016, la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé distingue trois dispositifs : [7]

- Les Équipes de Soins Primaires (ESP) : elles sont organisées autour du médecin généraliste et constituées de professionnels de santé de premier recours en exercice coordonné.
- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : elles regroupent plusieurs ESP dans une démarche territoriale et populationnelle, et intègrent, le cas échéant, les professionnels de 2^{ème} et 3^{ème} recours ainsi que d'autres acteurs de la santé. Leur projet de santé répond aux besoins de la population et des professionnels de santé pour structurer les parcours de santé, l'accès aux soins (programmés ou non), les conditions d'exercice.
- Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) : elles viennent en appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours de soins complexes.

Grâce à la promulgation de cette loi, la création de CPTS est possible :

« Article L1434-12, -Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé (...) et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...) des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. »

« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ».

Dès la fin de l'année 2016, l'URPS-ML de la région Centre Val de Loire, sous mandat de la Fédération des URPS, décide de donner les moyens aux professionnels de santé de développer leur projet de CPTS afin de répondre au mieux à leurs attentes, ainsi qu'aux besoins des populations. [4] L'ARS Centre Val de Loire finance les CPTS ayant finalisé leur projet de Santé et contractualisé avec elle.

II. Les CPTS : Une méthodologie précise

L'URPS Médecins Libéraux (ML) et la Fédération des URPS, porteuses d'une vision innovante en matière d'organisation du système de santé, ont développé une méthodologie inédite.

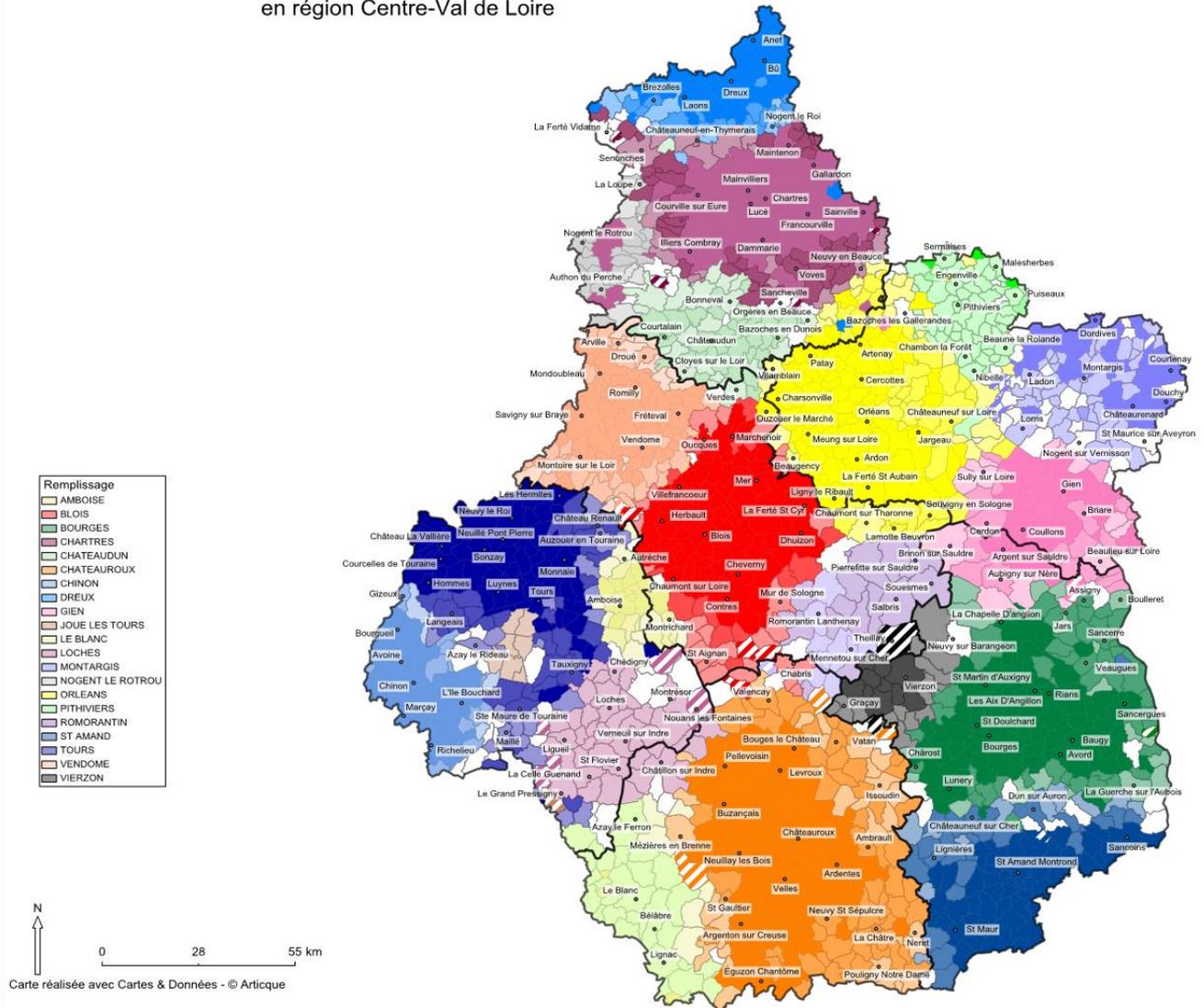
Initialement, le projet de la Fédération des URPS a été d'associer les URPS de toutes les autres professions de santé membre de la Fédération dans la démarche. La dimension pluriprofessionnelle a été intégrée d'emblée et c'est une des clés de réussite du projet en région. Le projet a été administrativement et financièrement porté par l'URPS médecins mais le pilotage stratégique et politique est assuré par l'URPS.

Une deuxième étape de diagnostic territorial a consisté à définir les territoires de santé pertinents au déploiement de ces CPTS. L'URPS ML réalise un travail de cartographie grâce à sa géographe de la santé, Mme Charlotte De Fondgalland, chargée d'études à l'URPS ML. Une méthodologie précise est utilisée.

Les flux de patientèle des médecins spécialistes libéraux de la région Centre-Val de Loire sont analysés permettant d'identifier des pôles d'attractions communs à plusieurs spécialités (dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL et radio-diagnostic). Les bassins de patientèle des centres hospitaliers de la région (données du PMSI) ont également été définis afin de les comparer aux bassins de patientèle libéraux. La concordance de ces deux analyses a renforcé la pertinence de ce découpage. Les territoires n'ont donc pas été définis administrativement mais établis sur la base des flux de patients, des habitudes de consultation et d'accès au second et au troisième recours. [7] [8]

Ces pôles empiriques ont ensuite été soumis à l'appréciation des professionnels de santé du terrain pour modifier ou confirmer le découpage en CPTS.

Principaux pôles d'attraction des médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire



Source : Fédémag n°2 – Les Communautés professionnelles territoriales de Santé : l'URPS-ML passe à l'action

- Pleine couleur : les habitants de ces communes vont toujours consulter dans ce pôle, quelle que soit la spécialité (100% des cas)
- Premier dégradé : les habitants de ces communes vont consulter dans ce pôle pour toutes les spécialités SAUF UNE (66 à 99% des cas)
- Deuxième dégradé : les habitants de ces communes vont consulter dans ce pôle pour la MAJORITE des spécialités (50 à 65% des cas)
- Hachures : les habitants de ces communes vont surtout consulter dans ces pôles, sans que cela représente une majorité absolue (moins de 50%).
- Pour les communes laissées en blanc, il n'y avait pas de pôle qui ressortait (soit 5 pôles différents pour 5 spécialités, soit une égalité parfaite entre 2 ou 3 pôles). Il s'agit principalement de communes en périphérie des pôles, qui peuvent aussi bien s'agréger d'un côté ou de l'autre en fonction des affinités ou des facilités de déplacement.

La troisième étape a consisté au recrutement d'une cheffe de projet régional et de coordinateurs territoriaux par l'URPS Médecins Libéraux (ML). Les coordinateurs territoriaux appuient les professionnels de santé dans l'identification de leurs besoins, la réflexion, la formalisation et la mise en œuvre des actions mais également dans l'organisation plus générale de la CPTS en tant que structure associative (forme juridique privilégiée en région Centre Val de Loire). [9]

Les CPTS se situent à un échelon territorial et ont vocation à permettre la coordination entre les différentes professions et différents types d'exercice (maisons de santé pluridisciplinaires, équipes de soins primaires, exercice regroupé monoprofessionnel et exercice isolé). Il s'agit donc d'un mode d'organisation pluriprofessionnel inscrit dans une démarche territoriale et populationnelle. Le médecin généraliste est un des acteurs de cette nouvelle forme de coordination. [10] Etant au centre du parcours de soins du patient, il a une place importante si ce n'est indispensable pour à la fois la dynamique de la CPTS et ses projets.

III. La particularité de la région Centre Val de Loire

La région Centre considérée comme pilote et leader de l'exercice coordonné rend ce travail intéressant et particulier. En effet, elle regroupe le nombre le plus important de CPTS en fonctionnement en France et est la région la plus avancée en termes de couverture du territoire régionale en CPTS.

Au-delà des CPTS, la reconnaissance de la région Centre Val de Loire se fait aussi au travers de l'accompagnement de l'ensemble des exercices coordonnés avec plus récemment, le projet d'accompagnement des Equipes de Soins Primaires (ESP-CVL), porté en partenariat par la Fédération des URPS et la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé (FMPS). Cette capacité à travailler main dans la main entre ESP, MSP et CPTS est aussi une des forces de la région et qui en fait un territoire d'expérimentations multiples.

La communication entre les différentes CPTS de la région Centre Val de Loire est rendue possible grâce à un travail de coordination régionale réalisé par Mme Mylène Rouzaud-Cornabas, cheffe de projet régional. Cette coordination régionale et les échanges entre les différentes CPTS sont une des originalités de la région Centre Val de Loire, ce qui leur confère un poids plus important vis-à-vis des tutelles. Ce partage permet également aux différentes CPTS de s'inspirer du travail des uns et des autres afin de mieux appréhender les besoins des populations et des professionnels à l'échelle de chaque territoire. [11]

Cette dynamique territoriale, cette volonté locale, en lien avec les professionnels de santé, ancrent le développement des CPTS sur le territoire.

La CPTS Orléanaise

I. Le territoire

La CPTS'Orléanaise aussi appelée CPTS'O a débuté sa réflexion en Décembre 2017. En 2018, plusieurs professionnels s'organisent et des groupes de travail se mettent en place, permettant l'écriture du projet de santé et la constitution de l'association loi 1901 à l'automne 2018. Le contrat territorial de santé de la CPTS'O est signé entre la Fédération des URPS et l'ARS le 30 Janvier 2019. [12]

La CPTS'O signe son contrat ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) avec la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et l'ARS le 18 Mars 2020. Cet accord est établi pour une durée de 5 ans, il définit un cadre d'accompagnement et de financement des CPTS. L'approbation de l'ACI rend favorable la mise en place et le développement des différentes missions en faveur de l'accès aux soins, la qualité et la fluidité des parcours de santé ainsi qu'une amélioration des conditions d'exercices des professionnels de santé.

La CPTS'O couvre une superficie de 279km² avec une population de 265 000 habitants, soit une densité de 950 habitants par kilomètre carré. C'est un territoire densément peuplé avec de forts contrastes sociaux. En effet, malgré la présence d'une population jeune et de professionnels au niveau socio-économique relativement élevé, le territoire est marqué par des facteurs de vulnérabilité :

- taux de personnes âgées vivant seules élevé
- fort pourcentage de familles monoparentales
- taux de chômage et personnes bénéficiant du RSA plus important que dans le reste du département
- pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C supérieur au pourcentage constaté dans le Loiret
- taux de pauvreté important

La population de la CPTS'O est donc considérée comme hétérogène avec des zones de précarité importantes et des problématiques majeures d'accès au médecin traitant. [11]

La CPTS'O s'établit sur l'ensemble des vingt-deux communes de la métropole d'Orléans à l'exception de six communes¹. Elle couvre trois zones d'intervention prioritaire pour les médecins généralistes que sont Saint Denis en Val, Ingré et Ormes. Les communes d'Orléans et de Saint Jean

¹Boigny-sur-Bionne, Bou, Chécy, Combleux, Mardié et Marigny-les-usages.

de la Ruelle sont classées en zone d'action complémentaire² (Arrêté N° 2017-OS-0084 de décembre 2017³).

Aussi, le département du Loiret se place à la 95^{ème} position sur 101 départements français en termes de densité de médecins généralistes selon les chiffres de la DREES de 2018. Les départements limitrophes sont, eux aussi, fortement carencés⁴. [5]

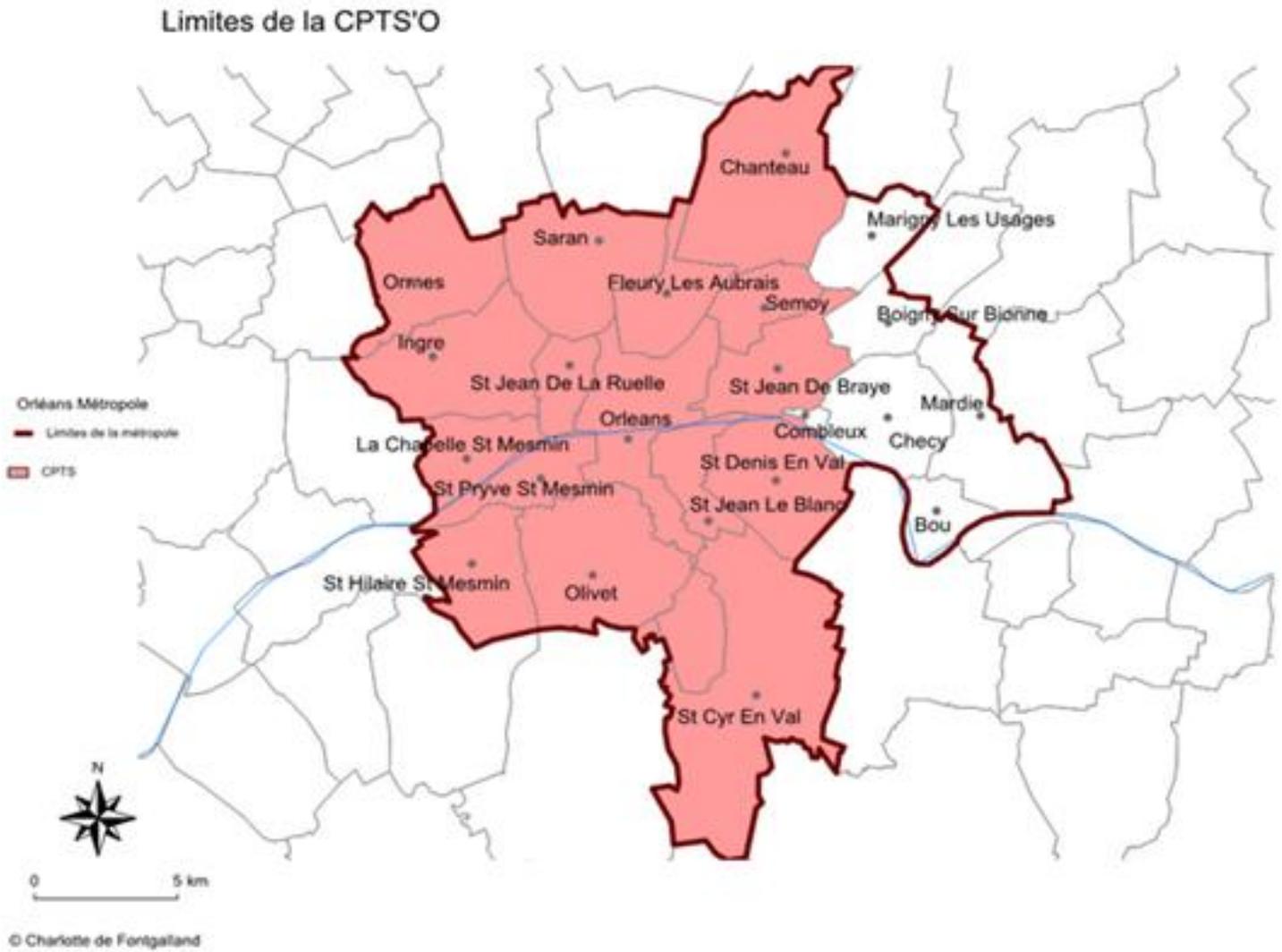
Les départements voisins sont eux aussi considérés comme des territoires fragiles, c'est d'ailleurs ce qui différencie la métropole d'Orléans à celle de Tours, qui possède également un CHU à la différence d'Orléans. En effet, le CHRO bénéficie d'un plateau technique largement étoffé ainsi qu'une capacité d'accueil notable mais ne possède pas le statut d'universitaire. On peut donc parler d'un territoire fragile en terme de démographie médicale pour l'ensemble de la CPTS'Orléanaise.

² Quartiers prioritaires de la commune d'Orléans : Dauphine, La Source, Argonne et Blossières - Quartiers prioritaires de la commune de Saint Jean de la Ruelle : Les chaises et les Trois Fontaines.

³ Arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin, conformément à l'article L1434-4 du code de la santé Publique.

⁴ Eure et Loire classé 97^{ème} /101 - Cher classé 96/101- Loir et Cher classé 85/101 - Essonne classé 91/101 - La Nièvre classée 83/101 - La Seine et Marne classée 99/101 - L'Yonne classée 88/101

Ci-dessous, les limites de la CPTS' Orléanaise :



Source : URPS-ML de la région Centre Val de Loire

II. Les missions et les actions de la CPTS'O

Les missions de la CPTS s'intègrent dans le cadre de l'ACI qui permet la détermination de missions socles et de missions optionnelles. Cet ACI qui donne une large autonomie aux territoires comprend 3 missions socles. [12] La CPTS s'est donnée pour principaux objectifs des actions contribuant à répondre aux missions socles citées ci-dessus :

1. Améliorer l'accès au soin : accès au médecin traitant, prise en charge des soins non programmés en ville et le développement du recours à la télésanté (télémédecine et télésoin)
 - Action n°1 - Soins non programmés
 - Action n°2 - Accès à un médecin traitant
 - Action n°3 – Télésanté
 - Action n°5 - Communication interprofessionnelle
 - Action n°10 – Périnatalité

2. Améliorer le parcours de santé grâce à une meilleure coordination des acteurs, dans une dimension pluriprofessionnelle, afin d'éviter les ruptures de parcours et de favoriser le maintien à domicile.
 - Action n°4 - Relations ville-hôpital-cliniques
 - Action n°5 - Communication interprofessionnelle
 - Action n°6 - Sevrage tabagique – BPCO
 - Action n°7 - Obésité infantile
 - Action n°8 - Lombalgies
 - Action n°9 - Troubles du neurodéveloppement
 - Action n°10 - Périnatalité
 - Action n°11 - Accompagnement des professionnels de santé

3. Développer des actions territoriales de prévention.
 - Action n°6 - Sevrage tabagique - BPCO
 - Action n°7 - Obésité infantile
 - Action n°8 - Lombalgies
 - Action n°10 – Périnatalité

L'ACI intègre également deux missions optionnelles :

1. Développement de la démarche qualité et pertinence des soins
2. Mettre en place des actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (amélioration de l'accueil des internes et identification et accompagnement des ESP).

III. Articulation de la CPTS'O avec les initiatives locales

Différentes initiatives de coordination des soins sont déjà en cours sur le territoire. La CPTS'O s'articule avec ces dispositifs :

1. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et Equipes de Soins Primaires (ESP)

Il existe six maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en fonctionnement (Fleury les Aubrais, Saint Marceau, Saint Jean de Braye, Saint Jean de la Ruelle, l'Argonne et la Chapelle Saint Mesmin). La MSP Porte Madeleine est en projet. Ce maillage en MSP sur le territoire de la CPTS'Orléanaise représente un atout majeur en termes de dynamisme professionnel et de pratique de la coordination pluriprofessionnelle. La CPTS'O s'est construite en lien avec les MSP et les différents projets de regroupement sur le territoire. Elle accompagne d'ailleurs plusieurs projets d'ESP sur la métropole qui viennent compléter ce maillage en exercice coordonné de soins primaires⁵.

2. Le Groupement Hospitalier Territoire du 45 (GHT 45)

Un travail conjoint sur la relation ville-hôpital et les actions de préventions est porté par la CPTS'O. En effet, elle participe aux comités ville-hôpital, co-organise des événements comme les journées médicales Orléanaises ou le mois sans tabac. La CPTS Orléanaise, dans le cadre de ses travaux avec le CHRO, participe aux travaux du GHT 45 et est invitée à la Commission médicale du GHT pour échanger régulièrement sur ses avancées.

⁵ Cinq projets d'ESP sont en cours d'accompagnement sur le territoire de la CPTS'O : Saint Hilaire Saint Mesmin, St Jean de la Ruelle, Saint Pryvé Saint Mesmin, Saint Denis en Val et Orléans-Quartier Gare.

3. Le CLS – Contrat Locaux de Santé

Le CLS est l'instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes composantes : prévention, soin et médico-social. [13] Plusieurs projets d'action et d'articulation ont été mis en place, notamment sur la périnatalité. Ainsi, un co-pilotage CLS-CPTS'O du groupe « Santé de la mère et de l'enfant » a été proposé afin de créer une réelle dynamique ville – hôpital – PMI.

4. Plateforme Territoriale d'Appui

La CPTS Orléanaise est également en lien avec l'association Appui Santé Loiret (ASL), porteuse de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), notamment sur la prise en charge de l'obésité de l'enfant ce qui a permis la mobilisation de nombreux professionnels de santé. Appui santé Loiret intervient dans la coordination et comme appui aux cas complexes.

IV. Le fonctionnement

Pour adhérer à la CPTS'O, deux conditions sont nécessaires :

- Être un professionnel de santé libéral tel que défini par le Code de la Santé Publique
- Exercer dans le secteur géographique présenté dans l'onglet précédent.

Les principaux objectifs de la CPTS sont :

- Permettre à la population un accès à des soins de qualité et de proximité
- Elaborer des projets de santé à l'échelle du territoire
- Coordonner les relations interprofessionnelles des acteurs de santé du territoire à travers la mise en place de groupe de travail dédiés
- Mutualiser les moyens et les tâches qui entrent dans le cadre des soins de proximité
- Favoriser une formation professionnelle interdisciplinaire sur le territoire
- Valoriser et faciliter l'exercice libéral des professionnels de santé du territoire
- Faciliter l'intégration de nouveaux professionnels.

Le fonctionnement de la CPTS est celui d'une association Loi 1901 avec un conseil d'administration pluriprofessionnel et un bureau qui prennent les décisions en collaboration avec la coordinatrice.

Marion Seibert, coordinatrice de la CPTS'O, est en appui à la fois méthodologique, logistique et administratif pour la mise en place des actions des différents groupes de travail. Sa mission est de recueillir les attentes des différents professionnels de santé du territoire, aider à la formalisation des projets, communiquer sur la démarche afin d'élargir la Communauté Professionnelle et augmenter la portée de ses actions.

V. Les financements

En 2019, les financements initiaux étaient constitués d'une attribution de l'ARS sur le fond FIR (50 000 euros) et d'une subvention du conseil régional de 20 000 euros. Ces financements ont permis l'embauche de la coordinatrice et le développement des premières actions mais restaient insuffisants pour la pérennité du projet de la CPTS. [3]

Les politiques nationales s'orientent vers un développement des CPTS, dans cette optique, l'ACI en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé a été signé le 20 juin 2019.

Au niveau de la CPTS'O, le contrat tripartite entre l'Agence Régionale de la Santé, la Caisse Primaire d'Assurance maladie du Loiret et la CPTS a été signé le 18 mars 2020.

Le montant des financements est organisé en deux parties :

- Une partie nécessaire au fonctionnement : coordination, acquisition des outils informatiques facilitant la coordination et les temps de concertation.
- Une partie nécessaire à la mise en place des missions (celui-ci pouvant varier en fonction du niveau d'atteinte des objectifs fixés et de l'intensité des moyens utilisés).

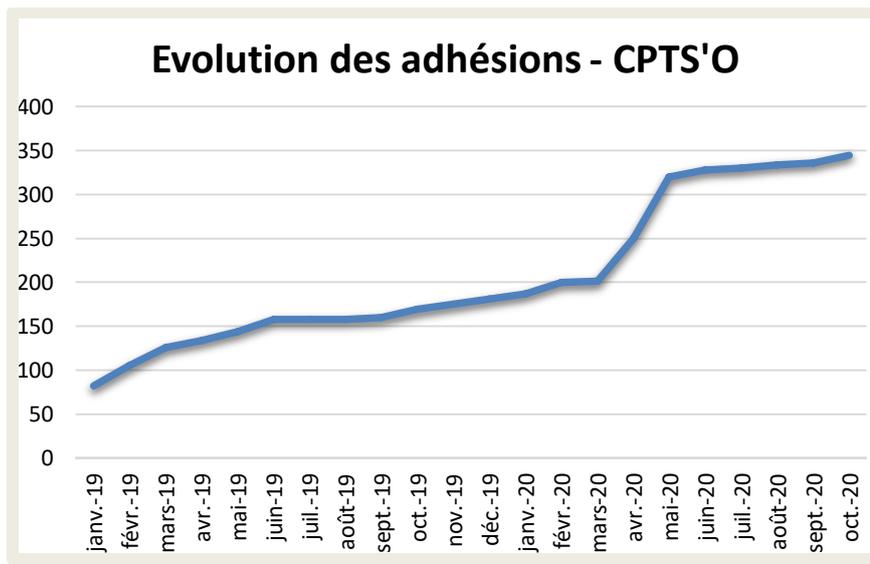
Aussi, ces financements⁶ sont proportionnels à la taille de la communauté professionnelle territoriale de santé :

| Montant annuel | Communauté de taille 1 | Communauté de taille 2 | Communauté de taille 3 | Communauté de taille 4 |
|---|------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| | < 40K habitants | entre 40 et 80K habitants | entre 80 et 175K habitants | > 175K habitants |
| Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle | 50 000 € | 60 000 € | 75 000 € | 90 000 € |
| Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins | 40 000 € | 47 000 € | 65 000 € | 80 000 € |
| Missions en faveur de l'organisation de parcours multi-professionnels autour du patient | 50 000 € | 70 000 € | 90 000 € | 100 000 € |
| Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention | 20 000 € | 30 000 € | 35 000 € | 40 000 € |
| Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins | 15 000 € | 20 000 € | 30 000 € | 40 000 € |
| Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel) | 10 000 € | 15 000 € | 20 000 € | 30 000 € |
| Financement total max possible (Volets fixe et variable) | 185 000 € | 242 000 € | 315 000 € | 380 000 € |

⁶ Source : Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé – Ministères des solidarités et de la santé.

VI. Les adhérents

La CPTS'O est composée de 345 adhérents (tous professionnels de la santé confondus) au 19 octobre 2020. Le graphique ci-dessous met en évidence l'évolution du taux d'adhésion à la CPTS'O. Nous notons une forte augmentation des adhésions, des médecins généralistes notamment, au moment du début de l'épidémie de la COVID19.



Source : URPS-ML de la région Centre Val de Loire

Les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes sont les plus représentés parmi les adhérents de la CPTS'O. Il existe 41 médecins généralistes adhérents, soit environ 20 % des médecins généralistes du territoire.



Source : URPS-ML de la région Centre Val de Loire

Méthodes

I. Type d'étude

Etude qualitative avec analyse inductive généralisée à l'aide d'entretiens semi-directifs (entretiens individuels) réalisée sur le territoire d'Orléans et ses communes limitrophes entre juin 2019 et avril 2020. [14] [15]

II. Population d'étude

La population d'étude ciblait les médecins généralistes couvrant le territoire de la CPTS Orléanaise. L'échantillonnage a été réalisé de manière raisonné, en variation maximale, afin de recueillir un maximum d'attentes. Il faisait varier des critères susceptibles de modifier l'investissement des médecins généralistes au sein de la CPTS tels que l'âge, le sexe, la localisation géographique, le type d'exercice (coordonné, exercice regroupé monoprofessionnel ou exercice isolé), l'ancienneté d'installation, l'appartenance à un syndicat et l'adhésion à la CPTS'O.

III. Recueil des données

Les médecins généralistes étaient contactés par mail ou par contact direct au cours des réunions de la CPTS. L'investigateur présentait de manière générale son sujet et sa question de recherche, à savoir l'investissement des médecins généralistes au sein de la CPTS Orléanaise.

Les médecins ayant répondu favorablement étaient ensuite contactés par téléphone afin de confirmer leur intérêt pour l'étude et de convenir d'une date commune. Tous les entretiens ont été réalisés par le même investigateur (MN) entre juin 2019 et avril 2020.

Les lieux des entretiens ont varié mais la plupart se déroulaient au sein du cabinet du médecin interrogé, afin de faciliter leur participation. Une fois installé, le médecin interrogé était informé du démarrage du dictaphone, de l'enregistrement des données, de la retranscription puis de l'anonymisation du contenu.

L'investigateur conduisait l'entretien selon un guide d'entretien préalablement rédigé (*cf. Annexe 1*) même si celui-ci pouvait varier en fonction de la dynamique de l'entretien. Le guide d'entretien était élaboré de façon à ce qu'il ne soit pas trop directif et n'induisse pas les réponses. Le principe d'itération a été respecté, le guide d'entretien était évolutif et réévalué entre chaque entretien.

Les entretiens se sont déroulés selon le même modèle, il était précisé la question de recherche par le biais d'une courte présentation. Puis, le médecin interrogé pouvait se présenter, exposer son parcours et enfin les différents thèmes étaient abordés.

Au cours de l'entretien, les éléments de réponses des participants étaient reformulés afin de faire préciser les idées et de s'assurer de la bonne compréhension des paroles exprimées.

IV. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés par l'intermédiaire d'un logiciel de traitement de texte. Les entretiens anonymisés, devenus verbatim, ont été analysés de façon thématique et intuitive. L'analyse des données a fait naître des codes, dénommés « nœuds », reportés sur logiciel Excel. Ces nœuds ont ensuite été regroupés en catégories selon des liens logiques. Ces catégories ont été recontextualisées afin de répondre à la question de recherche.

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs (PB et MN). L'étiquetage initial, l'analyse intégrative et la construction du modèle explicatif ont été réalisés par PB et MN. Plusieurs entretiens se sont déroulés jusqu'à obtention de la saturation des données, définie par l'épuisement de nouveaux éléments au cours de l'analyse. [14]

V. Aspects éthiques et réglementaires

Les médecins généralistes ont consentis librement à leur participation en toutes connaissances de cause. Le consentement oral était obtenu par enregistrement *audio*. Celui-ci faisait foi de l'anonymisation des données et du droit de rétractation des participants.

Les modalités de l'anonymisation ont consisté en la suppression de tous les noms propres ainsi que d'autres éléments particuliers. Chaque participant recevait un numéro d'identification utilisé pour l'anonymisation des données ultérieures.

Dans la mesure où les entretiens étaient complètement anonymisés et qu'aucune des données collectées ne permettait de remonter à l'identité des participants, la déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'était pas nécessaire. Le travail de recherche ne relevait pas de la compétence d'un Comité de Protection des Personnes. [14]

Résultats

I. Caractéristiques des participants

| | Tranche d'âge | Sexe | Localisation | Type d'exercice | Année d'installation | Appartenance à un syndicat | Adhérent à la CPTS | Autres missions publiques |
|------------------|---------------|----------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|
| Médecin n°1 (M1) | 55-65 ans | Masculin | Saint Jean de la Ruelle | Exercice coordonné | 1986 | Oui | Oui | Non |
| Médecin n°2 (M2) | 55-65 ans | Féminin | Orléans Centre | Exercice isolé | 1985 | Non | Non | Non |
| Médecin n°3 (M3) | 35-45 ans | Féminin | Saint Jean le Blanc | Exercice regroupé monoprofessionnel | 2012 | Non | Oui | Oui |
| Médecin n°4 (M4) | 45-55 ans | Féminin | Ormes | Exercice regroupé monoprofessionnel | 2004 | Non | Oui | Non |
| Médecin n°5 (M5) | 35-45 ans | Masculin | Saint Jean de Braye | Exercice coordonné | 2015 | Non | Non | Oui |
| Médecin n°6 (M6) | 35-45 ans | Féminin | Orléans centre | Exercice regroupé Monoprofessionnel | 2012 | Non | Non | Oui |

Six entretiens individuels ont été réalisés sur la métropole Orléanaise auprès de six médecins généralistes. Afin de respecter leur l'anonymat, les participants ont reçu un numéro d'identification allant de médecin n°1 à médecin n°6 (M1-M6). Les caractéristiques des participants sont exposées dans le tableau ci-dessus. La durée des entretiens a varié de 32 minutes à 1 heure 45 minutes.

II. Description des entretiens individuels

| | Date | Lieu | Durée de l'entretien |
|-----------------------|----------------|---|----------------------|
| Entretien n°1 (M1) | Juin 2019 | Maison de santé pluridisciplinaire - 45 | 32 minutes |
| Entretien n°2 (M2) | Août 2019 | Cabinet privé - 45 | 1 heure 16 minutes |
| Entretien n°3 (M3) | Septembre 2019 | Cabinet privé - 45 | 40 minutes |
| Entretien n°4 (M4) | Janvier 2020 | Chez investigateur (MN) | 1 heure 45 minutes |
| Entretien n°5 (M5) | Mars 2020 | Maison de santé pluridisciplinaire - 45 | 44 minutes |
| Entretien n°6 (M6) | Mars 2020 | Cabinet privé - 45 | 45 minutes |

III. Analyse thématique

La saturation des données a été obtenue grâce à l'analyse des deux derniers entretiens. Les résultats de l'analyse thématique sont présentés puis appuyés par des extraits de verbatim correspondants. Les verbatim seront grisés afin de mieux les mettre en évidence.

Notre but était de comprendre les freins à l'investissement des médecins généralistes au sein de la CPTS'O. Certains freins semblaient attendus mais indispensables à la construction du modèle explicatif. L'analyse des données permettait de mettre en évidence des leviers afin de pallier à ces difficultés.

A. Les freins structurels à l'engagement dans la CPTS'O

1. La démographie médicale déficitaire

La démographie médicale déficitaire constituait un frein majeur puisqu'elle entraînait des difficultés dans la pratique quotidienne des médecins généralistes interrogés. Elle induisait une incapacité à répondre à tous les besoins et des difficultés d'accès au second recours, exprimées sur les différents entretiens.

M1 : « Les difficultés sont en lien avec un problème de démographie médicale et de la désertification. »

M2 : « On est pas assez nombreux donc on peut pas couvrir tout le territoire. »

M3 : « La démographie médicale complexifie énormément notre pratique. »

2. La surcharge de travail entraînait un manque de temps

Les médecins généralistes avaient unanimement mis en évidence une problématique de surcharge de travail en lien direct avec la démographie médicale déficitaire.

M1 : « Le frein majeur je trouve, c'est qu'en effet une journée comme aujourd'hui moi je suis arrivé à 7h30, je finis à 19h, j'ai hospitalisé une petite mamie entre midi et deux. »

M2 : « Il y a beaucoup de paperasse là par exemple j'ai dû revenir entre 14h et 16h pour faire des dossiers de placement via trajectoire. »

Cela entraînait un manque de temps et de disponibilité justifiant les difficultés d'investissement des médecins généralistes au sein du dispositif.

M1 : « Il nous manque de franchir le pas, d'aller aux réunions, d'assister, donc c'est surtout ça, c'est la disponibilité. »

M3 : « On arrive après les consultations il est 20h, on a passé toute la journée, on est là ils sont déjà tous installés car on a couru. »

M4 : « Si je veux être à l'heure je dois terminer plus vite, donc c'est forcément compliqué. »

3. Une sollicitation importante

a. Nombre de réunions et de mails importants

Certains enquêtés trouvaient que le nombre de sollicitations aux réunions notamment par mail était trop important.

Le médecin généraliste ayant un rôle central dans le parcours patient, les invitations reçues étaient nombreuses (autres formations, groupe qualité etc...) et s'ajoutaient aux propositions de la CPTS'O envoyées par mail.

M3 : « Là par exemple si on veut s'investir un peu on a une réunion le 18, le 19, le 26, le 2, le 3, le 8, le 17 enfin c'est énormément chronophage. »

M4 : « C'est le fait qu'il y ait beaucoup de réunions de soirées et que les journées sont déjà longues. »

M3 « Quand vous avez ça qui arrive sur votre truc (en montrant l'ordinateur) avec toutes les dates vous vous dites ben ouais... ça fait beaucoup. »

b. Difficulté à libérer un temps dédié à la réflexion sur l'organisation des soins

M5 exprimait que ce qui était demandé dans les groupes de travail de la CPTS n'était pas de produire du soin mais de réfléchir à l'organisation des soins.

M5 mentionnait que le temps dédié aux réunions de la CPTS était utile, car le rôle du médecin généraliste était capital dans la coordination des soins mais impactait le temps restant pour procurer des soins aux patients. Il opposait ces deux temps en expliquant que le temps de réunion, pouvait être du temps en moins pour soigner.

M3 : « On a l'impression que plus on en fait, plus on côtoie les gens, et plus on nous demande d'en faire. »

M5 : « Je conçois que ce soit utile mais c'est encore quelque chose qu'on nous demande en plus qui n'est pas notre cœur de métier. »

M5 : « Oui d'un côté il faut qu'on donne notre avis car c'est nous les principaux concernés et en plus on doit organiser. »

Leviers pouvant être proposés :

- *Développer l'interconnaissance entre les professionnels de santé*

Les réunions de la CPTS'O étaient l'occasion pour les médecins généralistes de développer l'interconnaissance entre professionnels, de rencontrer des médecins du deuxième recours pour pouvoir adresser les patients plus facilement. Rompre l'isolement et faciliter la participation aux réunions de la CPTS'O pouvaient permettre un gain de temps médical et une amélioration des pratiques.

M4 : « Rencontrer les autres médecins notamment les spécialistes pour pouvoir échanger et savoir tu fais quoi... »

M4 : « C'est le besoin de rencontrer les autres pour pouvoir échanger plus facilement avec eux. »

M4 : « Je me disais qu'on pourrait s'aider mutuellement en échangeant. »

M4 : « La CPTS donne une façon de réfléchir différente, elle donne la vision des autres qui est super intéressante. »

La CPTS pouvait aussi représenter un moyen plus facile de rencontrer les acteurs du soin, de partager et de communiquer, notamment en tant que jeune médecin, arrivant dans un nouvel environnement afin de constituer un réseau plus facilement.

M2 : « C'est peut-être plus intéressant pour quelqu'un qui arrive et qui a besoin d'un réseau. »

- *Contribuer à l'évolution des pratiques et à l'amélioration du système de santé :*

Les médecins interrogés semblaient ressentir une motivation commune à travailler en exercice coordonné. Contribuer à l'évolution de leur métier, travailler dans une logique de parcours et « être acteur » de l'organisation des soins semblaient être des valeurs importantes pour les enquêtés.

M1 : « Mais moi de toute façon j'étais assez partant pour adhérer. »

M3 : « Moi j'y suis allée car je considère que c'est toujours intéressant de faire évoluer son métier, améliorer le système de soins et faire les choses ensemble plutôt que de râler une fois que c'est terminé. »

M5 : « Pour moi déjà le rôle de la CPTS est de réussir à améliorer l'accès aux soins afin de trouver la meilleure organisation possible entre les différents professionnels. »

M5 : « Je me suis dit que ce serait bien que j'y aille pour les prochaines. »

M5 : « J'ai une volonté, on est à ce stade d'intention. »

M6 : « Parce qu'au départ les idées elles étaient quand même bien, puisqu'on est dans un territoire le but c'est quand même de faire quelque chose d'utile. »

4. Préservation d'un équilibre de temps personnel et familial

La nécessité de conserver un temps pour la vie de famille et les activités personnelles était unanimement revendiquée par les participants.

Ce frein pouvait expliquer une moindre participation des médecins généralistes aux réunions de la CPTS Orléanaise.

M3 : « J'ai une vie de famille aussi, j'ai un conjoint... je pense qu'on n'a pas envie de finir divorcée. »

M4 : « Oui, après il y a un moment où on ne peut plus ou le conjoint ne peut plus mais il y a un moment où on ne peut plus. »

M5 : « Je me suis noyée dans les investissements dans le travail et ça a des répercussions sur ma vie personnelle donc j'ai dit stop. »

5. Le territoire en lui-même

a. La superficie et la population du territoire de la CPTS trop conséquente

Certains enquêtés pensaient que l'étendue du territoire et l'importance de la population concernée était incompatibles avec le fonctionnement d'une CPTS. M3 pensait que ces caractéristiques étaient susceptibles d'induire une peur de s'investir.

M3 : « C'est trop gros, c'est beaucoup trop gros. »

M3 : « Sur des gros trucs comme ça j'ai du mal à voir comment ça va marcher. »

M3 : « Après je reste persuadée que la grosseur de l'agglomération reste un frein énorme. Je pense que ce n'est pas adapté aux agglomérations comme Orléans.»

M5 : « Moi je trouve ça très gros, la CPTS Orléanaise ça fait une sacrée population. »

b. Un nombre important de professionnels de santé

La CPTS'O concernait un nombre de professionnels de santé important ce qui pouvait entraîner des difficultés à imaginer un dispositif fonctionnel (*Cf. verbatim ci-dessous*).

M3 : « Il y a je ne sais pas combien d'infirmières, je ne sais pas combien de kiné, c'est très compliqué. »

M3 : « Probablement, après on est tellement de médecins généralistes, on est nombreux quand même sur l'agglomération. »

c. Problématiques différentes entre les quartiers de la CPTS

En fonction des quartiers et des zones de l'agglomération, M5 évoquait des problématiques différentes en fonction des secteurs d'exercice même si pour d'autres actions/missions, le territoire global de la CPTS'O garde sa pertinence (articulation premier et deuxième recours, relation avec les établissements de santé...).

M5 : « On a probablement les mêmes problématiques pour l'accès à l'hôpital, l'accès au second recours mais on a d'autres problématiques en fonction de l'endroit où on est. »

M5 : « Nous ici on travaille pas du tout avec eux, ils ont probablement leurs problématiques et nous on a les nôtres. »

Globalement, les enquêtés avaient laissé transparaître un manque d'appartenance au territoire de l'agglomération Orléanaise. En effet, la superficie importante, le nombre de professionnels conséquent, des problématiques différentes entre les secteurs empêchaient le sentiment d'appartenance à une même communauté.

Levier pouvant être proposé :

Une sectorisation du territoire de la CPTS'O pourrait être envisagée selon M3 afin de répondre au mieux aux problématiques locales des médecins généralistes.

M3 : « Si c'était sectorisé mais le problème c'est que les spécialistes eux ne sont pas sectorisés. »

6. Les freins liés aux tutelles

a. Supervision des institutions

Certains enquêtés avaient, au cours des entretiens, fait preuve de scepticisme vis-à-vis du dispositif de la CPTS qu'ils associaient à un pilotage par les autorités sanitaires du territoire (ARS – CPAM). Il en ressortait une méfiance et une crainte de perte d'indépendance par la nécessité de contractualisation. Cela pouvait entraîner une perte de contrôle des médecins sur leur activité libérale.

M2 : « Je dois dire que cette idée la me gêne, qu'on soit chapeauté par un organisme qui nous dirige. »

M2 : « Enfin je pense quand même que c'est financé, c'est chapeauté et donc il faut un retour. »

M3 : « C'est quelque chose qui fait flou politique, je pense que les médecins ont peur de se mettre dans un truc qui va les dépasser. »

b. Crainte de devoir assumer les conséquences du déficit démographique via la CPTS

Certains enquêtés craignaient que la CPTS puisse être un moyen utilisé par les pouvoirs publics pour faire face à la situation démographique actuelle, que les tutelles se dédouaient de leurs responsabilités. Les médecins généralistes avaient le sentiment qu'on leur demandait de travailler plus pour compenser une démographie médicale insuffisante.

M6 : « Et en plus on vous dit débrouillez-vous tout seul pour être plus rentable parce que de toutes façons les autorités ne feront rien de plus. »

M6 : « Peut-être que l'ARS ou le ministère de la santé ou je ne sais pas se décharge sur les professionnels de santé, ça leur fait ça de moins à gérer, ça occupe les professionnels de santé, on

leur donne quelques dizaines de milliers d'euros et ils se débrouillent mais ça ne règle pas les problèmes. »

M6 : « On a l'impression d'être pris pour des idiots parce qu'on sait qu'il n'y a pas assez de médecins. »

7. Un besoin de partage d'expérience non satisfait

a. Corporatisme

Les médecins généralistes avaient envie de partager leurs expériences, leurs difficultés avec ceux qui vivent la même chose qu'eux. Ils ressentaient le besoin de se retrouver avec d'autres médecins. Certains enquêtés avaient participé à des réunions de la CPTS mais n'y avaient pas vu beaucoup de leurs confrères, ce qui ne les avait pas encouragés à poursuivre ces réunions.

Les médecins avaient compris que leur participation était indispensable pour que les pratiques évoluent, mais aimeraient pouvoir se retrouver en nombre plus important. M2 évoquait à plusieurs reprises la présence d'autres professionnels de santé mais l'absence de médecins.

M2 : « Mais il faudrait qu'il y ait un peu plus de médecins dans ces réunions la parce que... »

M2 : « Il y a quand même besoin de nous et de notre présence et si on n'est pas représenté je pense que c'est du vent. »

M2 : « J'avais l'impression qu'il y avait beaucoup de paramédicaux mais pas de médecins. »

M2 : « Alors il y avait pleins d'infirmières et de toute sorte de gens mais des médecins il y en avait très peu. »

M3 : « On est 3 médecins généralistes, enfin je caricature un petit peu, on est 5. »

Par exemple, M6 parlait de son expérience personnelle aux groupes qualités ou cela lui apportait un réconfort, car ces réunions permettaient aux médecins de se construire autour de leurs difficultés, de parler de sujets correspondants à leurs problématiques afin d'améliorer leurs pratiques.

M6 : « Il y a des choses qui me tiennent à cœur, les groupes qualités et tout ça ça m'apporte un certain réconfort donc je le fais. »

b. Faible participation des médecins spécialistes hors médecine générale

Pour les médecins ayant participé à des réunions de travail au sein de la CPTS'O, notamment pour M4, l'impression de voir souvent les mêmes personnes aux réunions constituait pour elle une difficulté et la crainte de ne plus pouvoir s'enrichir.

M4 : « Au bout d'un moment on ne va plus s'enrichir car on sera toujours avec les mêmes personnes. »

Cette peur de ne pas pouvoir s'enrichir était illustrée par M4 qui aimerait voir d'avantage de spécialistes dans les réunions.

M4 : « C'est ce qui me manque un peu dans la CPTS, c'est qu'il n'y a pas assez je trouve de spécialistes. »

M4 : « Je suis un peu frustrée effectivement car il n'y a pas tant de spécialistes que ça. »

M4 : « Pour les spécialistes le fait de pouvoir les contacter c'est plus facile mais vu qu'il y a pas beaucoup de spécialistes. »

c. Absence de demande de certains médecins interrogés

Des enquêtés avaient mis en évidence durant les entretiens l'absence de demande de certains médecins généralistes à l'intégration dans la CPTS'O.

M3 : « Il y a quelques médecins mais il n'y pas une demande de l'ensemble des médecins et c'est pour ça qu'ils ne viennent pas. »

M3 : « Là je n'ai pas l'impression que pour Orléans il y ait une vraie demande. »

M3 expliquait qu'il n'existait pas de demande de l'ensemble des médecins et que cela pouvait expliquer leur absence d'intérêt pour la démarche.

Levier pouvant être proposé :

Il existait une certaine ambivalence dans le discours des enquêtés qui exprimaient à la fois l'absence d'attente du dispositif et le besoin d'interconnaissance, de savoir comment fonctionnaient les uns et les autres.

Certains médecins avaient évoqués dans les entretiens cette envie d'aller à la rencontre de l'autre, de connaître le fonctionnement des professionnels de santé. M3 illustre cet exemple et expliquait la raison pour laquelle elle s'était engagée au sein de la CPTS'O.

M3 : « C'est pour ça que je me suis mise là-dedans, pour essayer de comprendre comment fonctionnent les orthophonistes. »

Par ailleurs, les enquêtés avaient largement mis en évidence que si les médecins se retrouvaient en nombre satisfaisant aux réunions de la CPTS'O, cela pouvait avoir un impact sur leurs pratiques. Cela signifiait qu'il existait un enjeu important et que la présence des médecins pourrait largement améliorer leur investissement au sein de la CPTS'O.

M1 : « Oui moi j'attends que ça en effet que ça puisse... si en effet les médecins de l'hôpital et les médecins spécialistes en font partis. »

M4 : « Rencontrer les autres médecins notamment les spécialistes pour pouvoir échanger et savoir tu fais quoi... »

M2 : « Moi s'ils sont là, on va en tirer quelque chose, ça va être utile. »

M2 : « C'est vrai que d'un autre côté se réunir c'est sûrement pas mal car ça permet aux gens de Il est évident que les rapports sont différents. »

B. Freins conjoncturels à l'engagement de la CPTS'O

1. Des problèmes de communication

a. Méconnaissance du dispositif par les médecins généralistes

Il ressortait de l'enquête un manque général d'informations sur l'organisation, les missions et sur les actions de la CPTS'O.

La plupart des médecins généralistes n'étaient pas en mesure de définir ce qu'était une CPTS et quelles étaient ses missions. Ce défaut d'information constituait un frein à l'investissement des médecins car comme le disait M5, les médecins ne se déplaceront pas s'ils n'ont pas compris le but de l'organisation.

M1 : « Mais c'est vrai que c'est ... non ce n'est pas encore très clair, c'est pas très clair. »

M1 : « Les spécialistes en font partie ? »

M2 : « C'est quoi le but ? »

M3 : « Je suis persuadée que mes collègues ils n'ont pas bien compris ce que c'est la CPTS. »

M5 : « J'ai plein de collègues qui ne savent pas ... quand on leur parle de CPTS j'ai l'impression de leur parler chinois, j'ai l'impression qu'ils ne sont pas forcément informés et forcément concernés par tout ça. »

M5 : « Ça je pense que c'est le principal frein on ne va pas aller à une réunion ou on ne sait pas à quoi ça sert ni pourquoi. »

b. Supports de communication inadaptés

M6 donnait l'exemple du sevrage tabagique, qui est une des actions menée par la CPTS'O, pour laquelle elle semblait avoir eu des difficultés en terme de compréhension. M6 racontait son expérience concernant la réception d'un questionnaire à remplir sur le sevrage tabagique, sans lettre explicative, en plusieurs exemplaires (qu'elle supposait pour plusieurs patients). M6 n'avait pas compris l'intérêt de ce questionnaire.

M6 : « Il y avait même pas une lettre d'introduction avec, on ne savait pas si c'était pour nous. »

M6 : « Moi je pensais qu'on allait recevoir une plaquette avec quelque chose d'assez simple à comprendre puis après des numéros de téléphone avec des contacts ou envoyer les gens. »

Levier pouvant être proposé :

Améliorer la communication entre les promoteurs de la CPTS'O et les médecins généralistes constituait un levier intéressant. Certains participants proposaient qu'une personne engagée sur le terrain puisse aller à leur rencontre, afin d'expliquer ce qu'est une CPTS, les missions engagées et les actions menées.

Certains enquêtés voyaient la CPTS comme « une boîte noire » pour lequel ils n'avaient pas compris le but, les tenants et les aboutissants. M5 pensait qu'une diffusion et un échange sur l'utilité de la CPTS'O pourrait être envisagé, auprès des médecins généralistes.

M5 : « C'est personnel bien sûr, mais je pense qu'il y a de la com à faire au niveau de la CPTS sur qu'elles sont les missions, l'utilité. »

2. Absence de rémunération

L'absence de rémunération avait été unanimement signalée par les médecins généralistes comme un frein important à l'investissement dans la démarche.

La nécessité de dégager du temps sur leur temps de travail ou de prolonger la journée de travail en soirée pour s'investir nécessitait à leurs yeux une compensation financière.

M1 : « Si on demande à des médecins de consacrer une soirée, ce sera plus facile s'ils sont rémunérés que si ça vient à la suite d'une journée de travail et que c'est du bénévolat. »

M2 : « Ce serait peut-être de rémunérer par exemple moi je ne travaille pas le mercredi je pourrai consacrer deux heures ou deux heures et demie une fois par mois. »

M2 : « Si ça se passe dans la journée et que je dois prendre sur mon temps de travail, il faut que ce soit rémunéré. »

M6 : « Je trouve que c'est important quand on demande un travail à quelqu'un qu'on ait quand même une rétribution d'une façon ou d'une autre, enfin ça me semble normal. »

Levier pouvant être proposé :

Selon M2, l'éventualité d'une rémunération pouvait encourager les médecins généralistes à aménager un temps dédié pour venir s'investir à la CPTS'O, encadrer un groupe de travail ou mener une action.

M2 : « Ce serait peut-être de rémunérer par exemple moi je ne travaille pas le mercredi je pourrai consacrer deux heures ou deux heures et demie une fois par mois de la même manière que je vais aux groupes qualité une fois par mois, ça ça ne me gênerait pas. »

M4 : « Le fait d'intégrer une CPTS on a un peu plus au niveau du ROSP et ça ça peut faire venir les gens dans la CPTS. »

M1 : « Ça peut être des moyens humains, des moyens financiers. Je ne sais, ou nous aussi nous aider ou nous inciter à faire ce genre de choses. »

3. Horaires des réunions inadaptés

Les horaires pouvaient sembler difficiles à intégrer au planning des médecins généralistes interrogés en raison de la longueur des journées de travail. Par exemple, certains médecins exprimaient que 20h cela semblait trop tôt car ils étaient encore au cabinet.

M2 : « Ça veut dire qu'il faut qu'on ressorte le soir et puis leurs réunions c'est souvent à des horaires à 20h ... je suis encore ici quoi. »

Par ailleurs, M5 pensait que les réunions le soir n'étaient pas compatibles avec son emploi du temps, peu importe l'horaire.

M5 : « J'ai été invité plusieurs fois, j'ai reçu des invitations de mails, souvent ce sont des réunions le soir. »

4. Craintes en lien avec la pérennité du projet

Les médecins généralistes évoquaient la peur que la CPTS'O puisse s'arrêter du fait d'un défaut de financement ou d'un manque d'investissement des professionnels de santé du territoire. Il existait des interrogations en lien avec la pérennité des financements et de la CPTS en général

Le plan 'Ma Santé 2022' met en avant les CPTS et l'Assurance Maladie propose un financement grâce aux ACI, mais les médecins craignaient que cela ne dure pas.

M6 : « Après c'est le nouveau truc à la mode, je ne sais pas combien de temps ça va durer. » (en parlant de la CPTS)

M5 : « Ça marchera pas indéfiniment, ces gens-là vont s'épuiser ils vont faire autre chose. »

M4 nous faisait part de sa crainte que les ACI s'arrêtent en donnant un exemple ; Un de ses collègues travaillait sur un réseau de toxicomanie financé par l'ARS, il avait employé un secrétariat, organisait des réunions mais ces financements s'étaient arrêtés subitement.

M4 : « Ma crainte c'est qu'un jour les ACI s'arrête. »

Levier pouvant être proposé :

Les médecins généralistes qui exerçaient en MSP avaient l'expérience de la contractualisation avec l'Assurance Maladie avec des ACI MSP pérennes depuis plusieurs années. M1 et M6, tous les deux en MSP, exposaient leurs avis positifs des ACI sur un projet de santé, permettant de pérenniser les projets.

M1 : « Si on garde le même modèle que ce qui a été mis en place pour les ACI pour les MSP c'est vrai que ça facilite le fonctionnement. »

M6 : « Alors j'ai appris qu'il y ait un ACI pour les CPTS qui va donner un budget à la CPTS pour engager des projets, des choses comme ça donc je trouve ça bien. »

M6 : « Je trouve ça plutôt bien parce que sans financement ça n'aurait pas pu se pérenniser car là il y a des bonnes volontés qui se chargent de tout et qui travaillent bénévolement entre guillemet et qui travaillent pour essayer de faire vivre le projet. »

C. Freins liés aux orientations prises par la CPTS'O

1. Liés aux thèmes des actions de la CPTS'O

a. Importance du nombre de thèmes abordés et leurs manque de pertinence pour les médecins généralistes

L'impression de vouloir aborder un nombre important de sujets au sein de la CPTS'O avait été mise en évidence sur un entretien notamment. La multiplicité des actions à mener de front semblait être un frein à l'investissement des médecins généralistes au sein du dispositif.

Il ressortait l'impression d'une « usine à gaz », d'un système dont la complexité et le manque de cohérence réduisaient l'efficacité, avec un fonctionnement interne difficile à déchiffrer par les médecins généralistes entraînant des réticences à leur participation.

M3 : « Trop de thèmes abordés, qui ne sont pas utiles, qui ne sont pas prioritaires pour les professionnels de santé. »

M3 : « Mais il y a tellement de thématiques différentes, ça part tellement dans tous les sens que je pense que ça fait peur aux gens aussi. »

M3 : « On ne peut pas tout faire avec une CPTS. »

b. Non-respect des thèmes annoncés

M6 racontait son expérience, le jour où elle avait décidé de participer à un groupe de travail sur le thème de la désertification médicale afin d'améliorer ses conditions de travail.

M6 : « Quand je suis arrivée à la réunion de travail le thème avait changé, c'était devenu la permanence des soins. »

c. Thèmes imposés

- Par les premiers mobilisés :

Certains médecins avaient pu exprimer au cours des entretiens que les thèmes étaient choisis par les premiers mobilisés. En effet, M3 disait que certains médecins s'étaient investis dès le départ, au moment où la contrainte était moins importante, pour porter des thèmes de travail qui les intéressaient.

M3 : « Il y a des fois des éléments moteurs qui sont moteur pour que ça aille dans leur sens. »

M6 : « Moi quand je suis allée à une de ces première réunions d'informations, les thèmes étaient déjà quasiment choisis par je ne sais pas qui. »

M6 : « Je pense que la CPTS, elle est menée par certains médecins qui ont plus, qui ont peut-être, qui ont déjà des idées précises. »

- Par les tutelles :

M4 expliquait que les thèmes étaient initialement choisis par les professionnels mais que finalement les tutelles avaient tout de même imposés des thèmes de travail, notamment concernant la réponse à la demande de soins non programmés.

M4 : « Au départ les choix étaient des choix qui avaient été fait par nous, maintenant ce sont plus des choix qui ont été fait par l'ARS. »

2. Liés aux actions elles-mêmes

a. Absence de visibilité sur les bénéfices potentiels

Les médecins généralistes participants manifestaient des difficultés à visualiser les bénéfices des actions menées par la CPTS'O sur leur pratique, constituant un frein majeur.

Bien que des résultats étaient attendus par les participants, il persistait un doute sur la capacité de la CPTS'O à apporter des résultats concrets et à améliorer les conditions d'exercice. Les enquêtés ne comprenaient pas ce que la CPTS'O pouvait leur apporter.

Concernant la démographie médicale déficitaire, M2 se demandait comment la CPTS pouvait apporter de nouveaux médecins, et comment une nouvelle organisation de soin pouvait faciliter les conditions d'exercice.

Par ailleurs, M3 donnait l'exemple du groupe de travail auquel elle participait mais ne voyait pas de bénéfices à cette participation, cela n'avait pas modifié sa pratique ni répondu aux difficultés pour lesquelles elle s'était engagée.

M1 : « On n'est pas dans le concret du fonctionnement. »

M1 : « Enfin moi je ne vois pas comment l'organisation professionnelle, mais peut être que c'est un des aspects que je ne connais pas des CPTS, mais comment on pourrait améliorer l'accès du second recours spécialisé. »

M2 : « Autrement il faut m'expliquer ce que m'apportera la CPTS ? »

M2 : « La CPTS elle pourra pas amener des nouveaux médecins... »

M3 : « Oui, il y a tellement de choses, le problème c'est ça... Par exemple, qu'est ce qui est ressorti de positif ? »

M3 : « Le X (en parlant d'un groupe de travail), j'ai fait toutes les formations... est ce que ça va vraiment m'apporter quelque chose dans ma pratique je n'ai pas l'impression. »

M3 : « Par exemple moi je me demande vraiment ce que ça m'apporte d'être à l'intérieur de la CPTS. »

M3 : « Mais je suis dubitative de voir ce que ça va nous apporter. »

M6 : « Je n'ai pas vu les résultats de leur travail et je le ressens pas du tout moi dans ma pratique quotidienne, c'est sûr. »

Levier pouvant être proposé :

- *Des médecins généralistes dans l'attente de retombées positives :*

Les médecins généralistes attendaient de manière globale des retombées concrètes sur la qualité de leur exercice. Certains enquêtés verbalisaient qu'en fonction des retombées et de l'évolution de la CPTS'O, ils pourraient s'investir au sein du dispositif.

M1 : « C'est vrai que si on me dit que ça va faciliter le recours à certaines spécialités, à un cardiologue... »

M1 : « Oui moi j'attends que ça en effet que ça puisse... si en effet les médecins de l'hôpital et les médecins spécialistes en font partis. »

M6 : « Après si ça se modifie et qu'il y a des choses qui marchent et puis qui peuvent se mettre en place et bien je serai contente. »

M6 : « Parce qu'au départ les idées elles étaient quand même bien, puisqu'on est dans un territoire le but c'est quand même de faire quelque chose d'utile. »

M6 : « Si après ça évolue d'une façon ou d'une autre et puis que ça à l'air de plus me plaire peut-être qu'un jour je serai plus active dedans... »

b. Actions ne correspondant pas aux attentes des médecins généralistes

En effet, les actions menées par la CPTS'O semblaient ne pas toujours correspondre aux attentes des médecins généralistes ou à leurs problématiques actuelles.

Certains médecins évoquaient l'exemple du sevrage tabagique, de la lombalgie ou des réunions d'onco-hématologie comme n'étant pas des sujets prioritaires pour eux.

L'exemple du sevrage tabagique était évoqué à plusieurs reprises par différents médecins.

M2 : « Réunion onco-hématologie, je ne dis pas que c'est mal mais c'est vrai que là c'est presque même confidentiel je ne connais pas beaucoup de traitement. »

M3 : « Le lombalgique pour avoir fait des formations on sait tous comment prendre en charge la lombalgie chronique. »

M3 : « Prendre en charge le sevrage tabagique c'est super mais quand vous n'avez déjà pas le temps de prendre vos patients dans l'urgence. »

M6 : « Puis finalement les thèmes retenus ne sont pas forcément transcendants. »

Levier pouvant être proposé :

- *Prioriser des actions sur l'accès au second et troisième recours, sur la relation ville-hôpital*

De nombreuses difficultés sur l'accès au second et troisième recours ressortaient des entretiens. Les enquêtés parlaient notamment de leurs difficultés à obtenir un rendez-vous rapide et des difficultés d'organisation avec l'hôpital (réception des comptes rendus d'hospitalisations en retard, entrées directes etc...).

M1 : « L'hôpital c'est très compliqué... »

M1 : « Enfin moi je ne vois pas comment l'organisation professionnelle ... pourrait améliorer l'accès du second recours spécialisé. »

M2 : « Maintenant c'est dur de prendre le téléphone et d'avoir un rendez-vous. »

M2 : « La difficulté à avoir des rendez-vous c'est vraiment le point noir. »

M3 : « On ne peut pas passer par le réseau de ville car tout le monde est débordé et on nous donne des délais trop long. »

M3 : « Oui, évidemment, mais ça ça ne fait pas partie de la CPTS. » (En parlant de l'accès au second recours)

M6 : « Il y a moins de spécialistes donc on a plus de difficulté à obtenir des avis donc ça traîne un peu. »

M3 évoquait l'exemple d'un patient qu'elle devait adresser aux urgences devant les difficultés organisationnelles avec le second recours :

M3 : « Par exemple là, j'ai un patient qui présente un syndrome confusionnel, il est hémiparétique, épileptique connu, sa femme ne conduit plus moi je ne peux pas faire le bilan en ville donc j'appelle en neuro et on me dit que comme il n'a pas eu le bilan elle ne peut pas être sûr que ce soit vraiment de la neuro donc on l'envoie aux urgences. »

Il existait un réel besoin visant à améliorer le parcours coordonné du patient, ou susceptible de réduire les hospitalisations évitables ou les prises en charge en urgence.

Certains d'entre eux avaient évoqué le besoin d'un annuaire partagé comprenant des lignes directes téléphoniques des correspondants du deuxième ou troisième recours, afin de faciliter leur pratique.

M3 : « Et bien qu'on me dise le réseau c'est ça, telle personne qui gère c'est là qu'il faut l'adresser. »

M2 : « Oui un annuaire avec tous les noms et les numéros de téléphones. »

M6 : « Par exemple faire un annuaire des médecins, des choses assez simples qui nous aiderait énormément. »

M6 : « Tout simplement un annuaire médical où on pourrait joindre les spécialistes directement sans passer par dix milles standards voilà. »

M6 avait même évoqué durant l'entretien sa motivation dans la création d'un annuaire partagé afin de faciliter les échanges entre les professionnels. Il en ressortait une envie de certains médecins de s'investir et de pallier à cette difficulté qu'est l'accès au second recours spécialisé.

M6 : « Par exemple ça aurait pu m'intéresser de travailler sur la mise en place d'un annuaire mis à jour régulièrement pour améliorer les échanges entre les professionnels. »

M6 : « Je m'étais dit un annuaire... j'aurais bien aimé avoir quelque chose de pratique mais finalement ça n'a pas pris... »

c. Participer à la réponse à la demande de Soins Non Programmés (SNP)

Face à la réponse à la demande de soins non programmés, faisant partie intégrante de la mission d'amélioration de l'accès aux soins, les médecins généralistes ne comprenaient pas comment la CPTS Orléanaise pourrait proposer une organisation adaptée avec l'effectif actuel de médecins. Cela représentait un frein pour les médecins généralistes à la participation aux actions de la CPTS.

L'objectif étant d'apporter une réponse à tout patient du territoire de la CPTS nécessitant une prise en charge médicale dans la journée (hors urgence vitale), les médecins généralistes interrogés avaient, durant les entretiens évoqué différents freins à ce sujet :

- La peur de ne pas pouvoir faire face ou d'être obligé de faire face et d'être débordé :

La crainte de devoir augmenter la charge de travail était ressentie par M1, M3 et M5 sur les exemples suivants. Les enquêtés avaient tous mis en place sur leurs plannings des créneaux d'urgence afin de répondre à la demande de soins non programmés de leur patientèle. Cette réponse restait malgré tout partielle du fait d'une demande importante. L'action de la CPTS'O de réponse à la demande de SNP à l'échelle populationnelle ne leur semblait pas réalisable.

M1 : « Comment on va mettre des temps de concertation pluridisciplinaire au sein de la CPTS ? Comment on va gérer les temps d'accueil de soin non programmé ? »

M3 : « Vous avez vu le nombre de créneaux d'urgence que l'on n'a par jour ? Je ne vois pas comment on peut faire plus à part augmenter le nombre de médecins. »

M3 : « On a tous des créneaux d'urgence, mais le matin à 10h il n'y a plus de place. »

M4 : « Et en plus avec tous mes créneaux d'urgences, je remplis quasiment juste avec mes patients, je n'ai pas de place pour voir ceux des autres. »

M6 : « J'essaie déjà de recevoir mes patients en soins non programmés. »

- Engrenage – augmentation de la patientèle en répondant à la demande de SNP

M5 évoquait que cette action de réponse à la demande de soins non programmés pouvait être une solution intéressante, malheureusement cette réponse ne constituait pas toujours un soin non programmé sans suivi mais souvent une demande pouvant nécessiter plusieurs consultations par la suite. M5 exposait l'exemple de patients reçus sur des créneaux d'urgences, hors-MSP :

« Ces gens-là ont leur fait des examens car on repère un problème de santé, on ne peut pas les laisser dans la nature donc on se retrouve à les suivre... ça nous est arrivé plusieurs fois ».

Le fait de répondre à une demande de soins non programmés constituait un risque d'augmentation de patientèle. La surcharge de travail étant déjà importante de la part des médecins enquêtés, le risque d'augmenter sa patientèle en répondant favorablement à la demande soins non programmés constituait un frein majeur.

M5 : « On se dit que si on ouvre tout on va se retrouver avec trois fois plus de gens. »

M5 : « En fait, la contrainte principale c'est de se laisser submerger derrière. »

- *Absence de concertation au sujet de l'organisation de la réponse à la demande de soins non programmés :*

M3 et M6 avaient participé à la réunion sur la réponse à la demande de soins non programmés et faisaient part des difficultés ressenties lors de cette réunion. En effet, les deux enquêtés évoquaient l'absence d'écoute de suggestions à ce sujet.

M6 : « Certains avaient déjà leur idées sur comment devaient fonctionner les soins non programmés en ville et donc la parole n'était pas très ouverte et puis finalement on nous a mis de côté. »

M3 : « Quand vous y allez et qu'on vous renvoie dans vos pénates ça donne pas envie de se prendre la tête. »

M3 et M6 exprimaient aussi le fait que certaines personnes exposaient leurs visions de la réponse à la demande de SNP, sans concertation avec les autres professionnels de santé.

M3 : « Et puis je vois sur la permanence de soins, il y a des médecins qui ont des idées très très arrêtées sur ce qu'ils veulent. »

M3 : « Il y a des fois des éléments moteurs qui sont moteur pour que ça aille dans leur sens. »

M6 : « La permanence des soins et la demande de soins non programmés ... ce n'était pas très agréable et en plus on avait le droit de quasiment rien dire puisque tout était déjà imaginé et ce n'était pas très agréable comme réunion donc j'ai arrêté là. »

- *Culpabilisation des médecins installés :*

M6 évoquait son opinion sur la réponse à la demande de SNP, elle exprimait le fait qu'on demande aux médecins de travailler plus pour augmenter la rentabilité.

M6 : « On demande aux médecins qui sont déjà là de travailler autrement pour être encore plus rentables. »

- *Difficulté à concevoir qu'une organisation collective puisse résoudre ce problème sur la réponse à la demande de SNP*

Une organisation collective sur un agenda partagé intégrant les médecins généralistes de toute l'agglomération Orléanaise semblait difficilement réalisable selon M4 et M5.

M4 : « On y arrivera jamais ça, c'est impossible car déjà au niveau médecins c'est beaucoup du chacun pour soi hormis les MSP. »

M4 : « On a tous des agendas de répertoires différents, donc mettre nos créneaux de libre sur des agendas différents. »

M5 : « Oui faut faire du SNP mais pour moi j'ai du mal à voir comment on peut l'organiser. »

- *Une approche « patientèle » VS une approche « populationnelle » des soins non programmés*

M5 expliquait qu'il faisait de la réponse à la demande de soins non programmés pour les patients appartenant à la MSP dans laquelle il travaille. Ce mode d'exercice témoignait d'une vision patientèle a contrario d'une vision populationnelle de la mission accès au soin de l'ACI-CPTS.

M6 expliquait sa crainte de ne devoir faire que du soin non programmé et de ne pas pouvoir s'occuper correctement de sa patientèle.

M5 : « Au cabinet, on a tous chaque jours des rendez-vous que les secrétaires ne peuvent pas donner à l'avance pour générer les soins non programmés de la journée, pour les patients de la MSP. »

M6 : « Il faut quand même que l'on suive nos patients, on ne peut pas faire que de l'accueil d'urgence. »

M6 : « L'accueil des soins non programmés ça on m'a sollicité plusieurs fois pour y participer mais ça ne m'intéresse pas. »

M6 : « Je n'ai pas envie non plus de m'occuper des patients de tous les autres non plus. »

Levier pouvant être proposé :

Il existait tout de même une volonté de la part de certains enquêtés de s'organiser à une échelle populationnelle.

M3 et M5 évoquaient cette possibilité d'une amélioration de l'accès au soin via la CPTS. M5 nous expliquait que l'organisation au sein de sa MSP étant satisfaisante, il pourrait envisager un mode de prise en charge « populationnelle » et non seulement « patientèle ».

M3 : « Sur ça moi je voulais qu'un de mes collègues y aille pour qu'on essaie de s'organiser, qu'on essaie de faire mieux. »

M5 : « Après ce qu'il faut c'est aller voir plus loin et c'est là où il faut aller à l'étage de dessus. »

M5 : « Effectivement je pense qu'il faut, maintenant qu'on est bien organisés dans notre maison de santé aller voir plus loin c'est à dire la santé en terme territoriale pas juste regarder notre patientèle. »

M5 : « Il faut soigner la population et là c'est plus au niveau de la CPTS on peut réussir à bien organiser les choses. »

d. Appréhension par rapport à la quantité de travail à produire pour faire avancer les actions

Certains médecins généralistes interrogés avaient fait part de leur peur de l'épuisement en s'investissant au sein de la CPTS'O.

M3 expliquait son appréhension par rapport à la quantité de travail à produire pour pouvoir faire avancer les actions. Comme décrit ci-dessus, cela était lié à la multiplicité des actions, au nombre de professionnels que comprend la CPTS'O ainsi qu'à la superficie du territoire qu'elle draine.

M3 : « J'ai l'impression qu'il y a un tellement gros boulot que ça me paraît démesuré. »

M3 : « Mais il y a tellement de thématiques différentes, ça part tellement dans tous les sens que je pense que ça fait peur aux gens aussi. »

D. Freins liés aux habitudes de travail et aux profils des médecins généralistes

1. Sentiment d'autosuffisance des médecins généralistes du territoire Orléanais

Le sentiment d'autosuffisance était exprimé par différents médecins généralistes interrogés. En effet, certains d'entre eux étant déjà bien organisés, ils ne ressentaient pas le besoin de s'intégrer dans un nouveau dispositif d'organisation des soins.

M2 : « Je peux vivre sans CPTS encore quelques années. »

M5 : « Je pense que c'est très très utile mais on en ressent pas le besoin terrible, parce qu'on est assez bien organisé. »

M5 : « Je ne ressens pas le besoin de me rapprocher de la CPTS en terme de parcours et d'accès au soin de nos patients. »

2. Articulation avec les différents investissements

a. *Doublet investissement MSP / CPTS*

Les différents projets de MSP avaient nécessité un important investissement en temps de la part des médecins généralistes concernés pour élaborer un projet de santé correspondant au mieux à leurs aspirations.

En effet, M1 ou M5 apparaissaient comme « leaders » de leur MSP, l'investissement dans les actions de la CPTS'O était considéré comme concurrentiel de leur nécessaire investissement dans les actions de leur MSP.

M1 : « Ca été une action compliquée (en parlant de la MSP) et que les premières années c'est un peu moi qui ai fait la coordination entre les professionnels. »

M1 : « C'est vrai que la maison ici occupe quand même pas mal. »

M3 : « Par exemple, les MSP, ils ont leur réseau, ils ont tout organisé et maintenant qu'ils ont fait ça on leur demande de venir à la CPTS. »

M5 : « Je me suis pas investi dans la CPTSça fait qu'un an et demi que l'on est installé dans la MSP. »

M5 : « Dans les freins c'est pas mal le temps dans la MSP on est 25 on a pas mal de réunion pour monter des projets etc. c'est des réunions le soir. »

M5 : « La MSP, la CPTS, les consultations, le temps personnel, je donne des cours à la fac après on s'éparpille beaucoup et c'est vrai que c'est compliqué. »

b. Priorisation des MSP

D'autre part, pour les médecins généralistes interrogés exerçant en MSP, une priorisation de leur MSP était ressentie dans les entretiens. Ils avaient tendance à prioriser les réunions au sein de leur MSP, la communication entre les professionnels de leurs propres structures.

M5 : « Donc on était pas encore à l'étape du dessus de s'entendre avec les autres professionnels des autres maison de santé. »

M5 : « C'est un peu comme la pyramide de Maslow dans les besoins, on avait déjà besoin de connaître notre territoire avant d'aller au-dessus. »

c. Autres investissements

Les médecins généralistes avaient des engagements personnels sur d'autres activités ce qui entraînait une limitation du temps disponible.

M3 : « Moi par exemple, j'ai un truc un à deux soirs par semaine en plus de mon activité professionnelle »

3. Peur du changement d'organisation et des modes de prises en charge

Certains médecins interrogés évoquaient le fait que la réorganisation des soins via la CPTS'O pouvait entraîner de nouveaux concepts à assimiler, de nouveaux modes de prise en charge, une modification de l'exercice professionnel.

Par exemple, M2 parlait de la télémédecine en évoquant l'impossibilité de palper une thyroïde. Il en ressortait une certaine peur du changement, une peur des modifications des pratiques. En effet, le fait de devoir intégrer de nouveaux concepts pouvait constituer un frein majeur, souligné par M4.

M1 : « Comment ça va s'articuler avec notre exercice, c'est ça, je ne sais pas. »

M2 : « Je ne vois pas comment on peut écouter un cœur ou palper une thyroïde en télé-médecine. »

M4 : « Il faut intégrer plein de choses, je pense que c'est un gros frein. »

4. Perte de liberté

a. Imposition d'un mode de fonctionnement

M3 exprimait sa crainte de se voir imposer des choses, des modes de fonctionnements, de perdre en liberté en s'intégrant au dispositif. La liberté semblait représenter un pilier de la profession de médecin généraliste libéral autour duquel M3 s'était construite.

M3 : « On est quand même dans une activité libérale ou chacun fait ce qu'il veut. »

M3 : « L'idée d'organiser le système de santé actuel mais ça va à l'encontre du côté libéral. »

M4 complétait ce propos en expliquant qu'elle refusait d'intégrer un fonctionnement MSP afin de ne pas avoir des choses imposées. Selon elle, le fait d'appartenir à une MSP constituait une contrainte.

M4 : « Donc j'ai fait le choix de ne pas être en MSP, c'est le fait de pouvoir de ne pas être obligée d'avoir des créneaux si j'avais pas envie, d'être obligée d'être ouverte le midi. »

M4 : « Donc pour moi une MSP c'est des choses imposées et je ne veux pas de choses imposées. »

M4 : « Moi j'ai fait le choix volontaire, mesuré réfléchi de ne pas intégrer de MSP c'était niet, hors de question. »

b. Inflation des tâches administratives

L'investissement au sein de la CPTS entraînait un peur d'augmenter les contraintes administratives de l'exercice.

M3 « je suis venue en libéral pour ne pas avoir toutes ces contraintes administratives.

5. Le fait de travailler en exercice isolé

M2 racontait son expérience personnelle et son sentiment de rejet initial lorsque la CPTS'O avait commencé sa construction, lié au fait qu'elle soit en exercice isolé.

M2 : « On avait parlé des CPTS et l'une d'entre nous avait voulu s'intéresser mais c'était encore la période où on ne contactait que les maisons médicales. »

M2 : « On l'avait un peu jeté en disant : 'oh non toi vous n'êtes pas maison médicale'. »

6. Le fait d'être proche de la retraite

M2 et M6 disaient tous les deux que le fait d'être proche de la retraite pouvait réduire leur engagement et leur investissement dans la CPTS. Cela pouvait être lié aux habitudes de travail déjà ancrées dans la pratique et aux difficultés plus importantes à voir évoluer ses modes de fonctionnements.

M2 : « Je n'ai pas peur parce que je me répète je n'ai pas beaucoup de temps à travailler encore. »

M6 : « Ils n'ont pas envie de s'investir plus mais c'est peut-être aussi quand on est en fin de carrière. »

7. Positionnement du syndicat par rapport à la CPTS

M1 : « C'est vrai que si X (nom d'un syndicat) signe, il est probable que la grande majorité des adhérents vont quand même essayer de suivre. »

M1 considérait que l'appartenance syndicale pouvait influencer sur le positionnement des adhérents vis-à-vis de la CPTS'O.

8. Consensus interprofessionnel impossible

M3 parlait de son expérience et de sa participation au groupe X. En effet, elle expliquait avoir voulu participer à ce groupe de travail car elle éprouvait des difficultés dans la prescription du bilan orthophonique de l'enfant.

M3 : « C'est pour ça que je me suis mise la dedans, pour essayer de comprendre comment fonctionnent les orthophonistes. »

M3 poursuit en expliquant que cela n'avait pas permis de répondre à ses attentes car les professionnels de santé présents restaient sur leurs positions initiales.

M3 : « Ben en fait tout le monde campe sur ses positions, les orthophonistes campent sur le fait qu'il faut un bilan et que tous les enfants ont besoin d'un bilan donc ça ne règle pas le problème. »

Il en ressortait des difficultés liées aux habitudes monoprofessionnelles existantes empêchant d'aboutir à un consensus.

M3 : « C'est impossible, car il y a trop de personnes, trop d'avis différents. »

M3 : « Je pense que quoi qu'il se passe, tout le monde ne sera pas d'accord. »

M3 : « Puis lors d'une réunion tout le monde va donner son avis, c'est long et puis c'est toujours les mêmes qui parlent, on a beau être présent. »

Discussion

I. Le résultat principal

La surcharge de travail en lien direct avec la démographie médicale déficitaire du territoire Orléanais a été unanimement mise en évidence dans les entretiens, entraînant des difficultés à libérer un temps dédié à la réflexion sur l'organisation des soins.

Aujourd'hui, il existe des difficultés pour les médecins généralistes à visualiser les résultats concrets des actions menées par la CPTS Orléanaise, en partie car elles ne correspondent pas toujours à leurs problématiques, notamment concernant l'accès au second et troisième recours, la relation ville hôpital et l'interconnaissance. La méconnaissance du dispositif largement mise en évidence par les enquêtés explique aussi cette difficulté.

La CPTS Orléanaise se veut innovante et introduit une nouvelle forme d'exercice pluriprofessionnel pouvant générer des craintes des professionnels de santé (superficie du territoire, nombre de professionnels de santé, surcharge administrative, crainte d'un consensus difficile entre professions de santé etc...). Les médecins généralistes émettent aussi des réticences liées au pilotage du dispositif ressenti comme mené par les tutelles, susceptibles d'entraîner une perte de liberté.

La CPTS Orléanaise pourrait contribuer à résoudre ces difficultés en mettant en œuvre des actions susceptibles de répondre aux attentes exprimées, en renforçant ses outils de coordination et ses méthodes de communications auprès des médecins généralistes. En effet, les attentes des médecins généralistes concernant la CPTS Orléanaise sont nombreuses et l'intérêt suscité est manifeste, notamment en termes de pluriprofessionnalité et d'exercice coordonné.

II. Comparaison avec la littérature

Il existe peu de travaux de recherche réalisés sur les CPTS. Cependant, l'organisation des soins de santé primaires en France mérite d'être comparée au reste du globe et de connaître l'appréciation globale qu'en ont les professionnels.

1. La définition de soins primaires à l'étranger

Lors de la Conférence Mondiale sur les Soins de Santé Primaires à Astana au Kazakhstan, en octobre 2018, le message est confirmé : « Le renforcement des soins primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations ainsi que leurs bien-être social ; les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle. » [16]

A cette occasion, des représentants du monde entier ont réitéré leur engagement en faveur du renforcement des soins de santé primaires.

A l'échelle Européenne, suite à une analyse du *Health Evidence Network*, l'OMS Europe concluait : « Les données disponibles confirment l'amélioration des résultats et de l'équité en matière de santé de la population, une utilisation plus appropriée des services, la satisfaction des utilisateurs et la diminution des coûts dans les systèmes de santé avec une forte orientation vers les soins primaires. » [17]

Plus récemment, dans une étude concernant les 31 pays de l'Union européenne, Kringos et al. [18] montraient que « des soins primaires solides étaient associés à une meilleure santé de la population ; des taux plus faibles d'hospitalisations inutiles ; et une inégalité socioéconomique relativement faible ».

Dans un article paru dans *Médecine*, en Janvier 2019, B. Gay et S. Duhamel constatent que « Le concept de soins de santé primaires est actuellement bien documenté en France comme le premier niveau de contact de la population avec le système de santé dans un territoire de proximité. L'efficacité des SSP est clairement établie, y compris dans des systèmes de santé occidentaux, avec des résultats positifs en termes de qualité des soins, de coût et d'équité. Le développement des SSP est devenu possible en France : l'intention politique est affichée, les conditions structurelles sont réunies. Les MSP, les ESP et les CPTS sont des dispositifs opérationnels pour permettre cette évolution, avec le soutien des PTA. » [17]

Nous visualisons donc une volonté internationale et un intérêt d'organiser les soins de manière coordonnée.

2. Les organisations de soins à l'étranger

Dans la littérature, aucun équivalent au CPTS n'a pu être mis en évidence. Cependant, malgré des systèmes de soins différents, la réflexion sur la coordination des soins est menée par de nombreux pays.

En Allemagne, l'émergence de centres ambulatoires pluridisciplinaires promouvant de nouvelles organisations des soins primaires, ressemblent au MSP du système de santé Français. Les *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)* sont nées en 2004, elles renforcent le rôle de coordonnateur du généraliste comme « médecin de famille », favorisent le développement de structures collectives de soins ambulatoires et contribuent à la réorganisation des soins primaires. [19].

Des expérimentations de réseaux de soins primaires sont créées comme les Family Health Networks en Ontario, et Groupes de Médecins de Famille (GMF) au Québec au Canada. Les GMF sont des groupes de médecins travaillant en collaboration avec des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et d'autres professionnels de la santé. Il existe une contractualisation entre les GMF et les instances locales de santé. [20]

La délégation d'actes et le partage de compétences sont utilisés en Finlande et Suède pour pallier à la pénurie de certains médecins. Enfin, au Royaume-Uni, les regroupements de professionnels se multiplient. [21]

Aux Etats-Unis, au Pays-Bas et au Danemark, l'approche du « Chronic Care Model » est largement répandue et fait partie intégrante du modèle du Patient Centered Medical Home (PCMH). [22]. Le *Chronic Care model* (modèle de prise en charge des maladies chroniques) est défini par une participation du patient comme acteur de sa prise en charge en valorisant notamment l'éducation thérapeutique. La répartition du travail entre les professionnels est effectuée. Ce modèle prône la revalorisation des soins primaires et de l'organisation en équipe.

Cette comparaison nous permet de saisir l'importance de l'enjeu de l'exercice coordonné et de l'organisation des soins primaires, notamment sous la forme d'ESP, de MSP ou de CPTS.

III. Les forces et les limites

Les CPTS constituent un concept nouveau, ayant bénéficié de peu de travaux de recherches ce qui fait l'intérêt de ce travail de recherche.

Ce travail a été réalisé sur une durée de deux ans intégrant une certaine temporalité. Ainsi, l'évolution des pensées, du concept, l'adaptation au contexte, doivent être prise en compte.

Ce travail de recherche recueille une vision des choses, à un instant T. En effet, la CPTS'O a connu des tournants décisifs, notamment durant la période des entretiens (de juin 2019 à avril 2020). Par exemple, la signature du contrat avec la CPAM, l'ARS et la Fédération des URPS contractualisant l'ACI a été signé en mars 2020. Les 4 premiers entretiens ont été réalisés avant la signature du

contrat. Cet évènement marquant dans l'histoire de la CPTS'O doit être intégré à l'analyse des résultats. Aussi, l'épidémie de covid a permis à la CPTS'O d'augmenter son taux d'adhésion, en lien avec une problématique contextuelle.

Ce travail donne à voir les représentations de certains médecins du territoire à partir desquelles on voit se dessiner des facteurs limitant l'investissement des médecins au sein du dispositif. Leur faible effectif a tout de même permis d'obtenir la saturation des données.

Ce travail met aussi en évidence que les orientations prises par la CPTS'O sont liées aux choix initiaux effectués par les professionnels de santé qui ont été moteurs sur le territoire Orléanais. Les thématiques ont été conjointement décidées par un conseil d'administration pluridisciplinaire. La CPTS est une organisation qui dépend aussi des professionnels qui la compose.

Par ailleurs, la qualité du guide d'entretien doit être pondérée. Certaines questions ont induit des réponses non exploitables du fait de l'absence d'ouverture suffisante sur la formulation, par exemple « Avez-vous bien compris les missions du dispositif ? »

IV. Les perspectives

1. La CPTS, un dispositif intégré au paysage

L'aspect évolutif d'un dispositif comme celui de la CPTS'O doit être compris et nécessairement intégré à l'analyse. Pour mémoire, une augmentation du nombre d'adhésion a été mise en évidence pendant le début de l'épidémie de la COVID19. Lorsque les besoins des professionnels augmentent, la nécessité de se regrouper et de se retrouver au sein d'un collectif devient souvent cruciale.

La COVID a permis à certains médecins généralistes de voir des bénéfices concrets au fait d'appartenir à la CPTS'O : fourniture de matériel de protection, formations pluriprofessionnelles en ligne, promotion de la téléconsultation. La dynamique mise en place pendant l'épidémie ouvre de belles perspectives pour la CPTS'O.

2. Un usage stratégique de la CPTS ?

La CPTS pourrait être un moyen pour certains professionnels investis de porter leurs idées à une échelle supérieure afin de donner une dimension plus importante à leurs projets au bénéfice des usagers. La CPTS pourrait être vue comme un facteur de diffusion, de complémentarité sur des projets déjà engagés sur des MSP par exemple.

3. La possibilité d'une sectorisation de la CPTS'O ?

Nous avons évoqué l'existence de problématiques différentes entre les médecins généralistes de l'agglomération Orléanaise, en fonction de leur lieu d'exercice.

En effet, les médecins généralistes du secteur de Saint Hilaire n'ont pas le même profil de patientèle que ceux du quartier des Chaises (Saint Jean la Ruelle) ou du quartier de l'Argonne (Orléans) qui sont des quartiers plus défavorisés. Les populations n'ayant pas les mêmes ressources ni les mêmes problématiques de santé en lien avec une différence de catégories sociales, cela pourrait entraîner des difficultés à concevoir un projet de santé commun.

Une sectorisation du territoire de la CPTS'O pourrait être envisagée selon M3 afin de répondre au mieux aux problématiques locales des médecins généralistes. Cela pourrait permettre de favoriser l'interconnaissance par secteur, et d'être plus en phase avec le parcours de santé des usagers pour certaines missions/actions du projet de santé.

Cela pourrait aussi contribuer à développer un sentiment d'appartenance au territoire et à la communauté professionnelle de celui-ci.

4. Recueillir l'avis des autres professionnels de santé de la CPTS'O

L'objectif de cette étude était de connaître l'appréciation des médecins généralistes mais ne couvre bien entendu pas tout le champ de l'exercice. La CPTS'O est riche en pluriprofessionnalité (paramédicaux, autres professions médicales, médecins spécialistes d'autres disciplines) et un des prolongements de cette étude pourrait être de recueillir l'avis des autres professionnels de santé de la CPTS'O.

5. Formation de professionnels : Infirmières en pratiques avancées (IPA), assistants médicaux et coordinateurs ?

Former des professionnels comme des infirmières en pratiques avancées (pour le suivi de pathologies chroniques stabilisées) ou des assistants médicaux (pour l'aide à la consultation, la tenue du dossier médical, l'aide au parcours...) pourrait permettre aux médecins de dégager le temps dont ils disent tous manquer.

Communiquer sur les compétences et les missions du coordinateur de la CPTS'O, dont le rôle est de prendre en charge l'administratif lié au montage et suivi des projets, aux demandes de financements etc. serait aussi de nature à rassurer les médecins sur les conséquences d'un engagement dans la démarche.

6. Les outils de communication

Les outils de communications peuvent être un moyen fort de pallier à la présence aux réunions tout en pouvant assister à des groupes de travail. Aussi, une plateforme collaborative e-CPTS a été lancée entre les professionnels de santé de la région Centre Val de Loire. Cette plateforme constitue un réseau social sécurisé pour les professionnels de santé, permettant l'échange d'informations, de documents et l'interconnaissance par l'intermédiaire d'un annuaire. Il permettrait aux médecins de recevoir des notifications et de se connecter sur le site lorsqu'ils sont disponibles afin de faciliter leur engagement.

Communiquer sur l'existence du site internet « CPTS de la région Centre Val de Loire », éditer une plaquette informative, réaliser une vidéo d'informations dédié aux CPTS de la région, pourraient permettre aux professionnels de santé de s'informer sur la démarche.

7. Une étude exploitable sur d'autres territoires ?

Certains observateurs pensent que les problématiques des CPTS d'agglomérations (étendue du territoire, grand nombre de professionnels de santé) diffèrent de celles des CPTS semi-rurales ou rurales. La faible interconnaissance et l'absence de sentiment d'appartenance à une communauté complexifient la démarche. Il serait intéressant de connaître l'opinion des médecins généralistes exerçant sur un territoire rural ou semi-rural.

Aussi, il serait pertinent de savoir si les résultats de ce travail sont comparables à d'autres CPTS de la région ou même à d'autres CPTS, à l'échelle nationale.

Ce travail traite de la vision des médecins généralistes d'un territoire précis avec ses forces, ses faiblesses, ses professionnels, sa localisation et son histoire.

Conclusion :

Ce travail montre que les médecins généralistes de l'agglomération Orléanaise sont plutôt favorables à cette nouvelle organisation à condition qu'elle contribue à améliorer leurs conditions d'exercice et qu'elle préserve leur valeurs notamment leur liberté.

Pour ceux exerçant hors MSP, l'évolution vers une pratique pluriprofessionnelle, plus coordonnée et formalisée, nécessite un accompagnement que la CPTS doit être en mesure de proposer.

Pour ceux exerçant en MSP, de par sa dimension territoriale et populationnelle, la CPTS'O doit permettre d'aller au-delà de l'exercice coordonné tel qu'il est pratiqué jusqu'à présent : diffuser des protocoles de prise en charge, coordonner les actions en intégrant d'autres professionnels de santé du territoire...

Il paraît aussi indispensable de laisser aux différents acteurs le temps pour conduire ces mutations. Exiger des évolutions rapides ne pourrait que décourager le plus grand nombre.

Les CPTS sont le moyen d'offrir aux acteurs du soin ambulatoire, et notamment aux médecins généralistes, la possibilité d'engager des nouveaux projets, de valoriser leur travail, d'améliorer les parcours de santé des patients et l'accès au soin, d'apprendre à coordonner les prises en charges en pluriprofessionnalité et de déléguer ce qui ne nécessite pas de leurs compétences.

Bibliographie

1. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) n°0022. 27 janvier 2016. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641?r=ZtcaoiMya6>
2. Loi ma santé 2022. Ministère des solidarités et de la santé. [En ligne]. [Consulté le 25 septembre 2020] Disponible sur : file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/ma_sante_2022_synthese.pdf
3. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Rapport N°2018- 041R. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2018. 88 p. [En ligne]. [Consulté le 20/09/2020]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
4. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : URPS-ML passe à l'action. Fédémag n°2. Le magazine de l'URPS Médecins Libéraux Centre Val de Loire. p.4
5. Data DREES. Profession de santé et du social. Démographie des professions de santé. Démographie des médecins RPPS au 1er janvier 2018. Densité de médecins par spécialité. Médecine Générale. [Cité 10 octobre 2020] Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr
6. Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire. Ministère des Solidarités et de la Santé. Publiée le 27 novembre 2017 [cité 8 juin 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
7. De Fontgalland Charlotte, Rouzaud-Cornabas Mylène, « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », Santé Publique, 2020/2 (Vol. 32), p. 239-246. DOI : 10.3917/spub.202.0239.
8. Rogez Raphael, Bouygard Anne, « Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) », Actualité et dossier en Santé Publique n° 107, 2019/6, p.38-41.

9. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Fédération des URPS de la région Centre Val de Loire. La démarche CPTS. [Consulté le 11 octobre 2020] Disponible sur : <https://www.cpts-centrevalde Loire.fr/federation-des-urps/la-demarche-cpts>
10. Le Borgne C. Les dessous des CPTS racontés par leur fondateur. Egora news. 2018. [En ligne] [Consulté le 08/10/2020]. Disponible sur : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2018/10/10/les-dessous-des-cpts-racontes-par-leur-fondateur/>
11. Projet de la CPTS'Orléanaise. Communautés Professionnelles Territoriales de la région Centre Val de Loire.
12. Contrat territorial de Santé du 30 Janvier 2019, signature entre la Fédération des URPS, l'ARS de la région Centre Val de Loire et la CPTS Orléanaise.
13. Contrat Local de Santé de l'agglomération Orléanaise du 25 novembre 2016.
14. Lebeau JP (ed), Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gille de la Londe J, Lustamn M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris: CNGE, 2020 (in press)
15. Gilles de la Londe J, Cadwallader JS, Lustman M, Lebeau JP. Questionner la question. *exercer* 2020;165:324-8.
16. World Health Organization, the United Nations Children's Fund (UNICEF). Global conference on primary health care. Astana, Kazakhstan, 2018 [Consulté le 06/11/2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphcdeclaration.pdf>
17. Gay B. et Duhamel S. La situation des soins de santé primaires en France. Université de Bordeaux. Département de médecine générale. 2019/1 (Vol 15). Numéro 1. DOI : 10.1684/med.2019.401 – page 34-7
18. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 2013 ; 32 (4) : 686-94
19. Vuillermet Agnès. La structuration en groupement d'exercice coordonné améliore-telle le ressenti face à l'accès aux soins ? Focus sur le pôle de santé de Vern-sur-Seiche. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rennes. 2016. p.65.

20. Erin Strumpf, Ph.D., Université Mc Gill Irdes Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal. L'évaluation des groupes de médecine de famille. 2014/12.

21. Kustos I. Renouveler le premier recours par les maisons de santé pluriprofessionnelles : une approche par les outils. 2017/2. [En ligne]. [Consulté le 7 novembre 2020]. Disponible sur :
file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/hal%20msp%202%202016%20IK(3).pdf
p26.28

22. Steurer-Stey C., Frei A., Rosemann T. Le « Chronic care model » en médecine de famille en Suisse. Rev Med Suisse. 2010. Volume 6. 1016-1019

Annexes

Annexe 1 : Entretien semi-directif

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Comment jugez-vous vos conditions de travail ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'organisation de votre travail et/ou de votre cabinet ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'échange et la coordination avec les autres médecins (ou autre professionnels de santé) du territoire ?
- Avez-vous entendu parler des CPTS ? Êtes-vous adhérent à la CPTS Orléanaise ? Avez-vous déjà participé à un groupe de travail ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Est-ce que la CPTS Orléanaise peut vous apporter quelque chose en fonction de vos difficultés et pourquoi ?
- Qu'est ce qui selon vous pourrait limiter l'investissement des médecins généralistes au sein du dispositif ?
- Que pensez-vous des financements de la CPTS ? Avez-vous entendu parler de l'accord cadre interprofessionnel ?
- Est-ce que cet accord est une incitation selon vous à vous investir au sein d'une CPTS ? Ou au contraire est ce que cela est contraignant ?
- Est-ce que selon vous la CPTS n'est pas assez en prise avec le terrain ?
- Que pensez-vous de la communication de la CPTS Orléanaise envers les médecins généralistes ? Avez-vous bien compris les missions du dispositif ? Que pensez-vous de ces missions ?
- Qu'attendriez-vous d'une organisation comme celle de la CPTS ?
- De quoi auriez-vous besoin ?
- Quelles sont selon vous les perspectives d'avenir et évolutions possibles concernant la profession de médecin généraliste à la vue du contexte territorial ?

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop on the left and a smaller, more intricate scribble on the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Auteur : NAVINEL Marie

77 pages, 3 tableaux, 3 figures, 1 graphique, 2 illustrations

TITRE : QUELS SONT LES FREINS A L'INVESTISSEMENT DES MEDECINS GENERALISTES AU SEIN DE LA COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE ORLEANAISE ?

INTRODUCTION :

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la région centre Val de Loire est la région ayant la densité médicale la plus faible de France, notamment le département du Loiret, entraînant des difficultés d'accès aux soins. Face à cette situation, différentes initiatives d'organisation du soin se sont mises en place. En janvier 2016, la loi de Modernisation du Système de Santé incite à la réorganisation des soins ambulatoires sous forme de CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Bien que les objectifs de la CPTS ne puissent que recueillir le consensus et que la place du médecin généraliste dans le parcours du patient soit centrale, nous observons un investissement limité de la part des médecins généralistes du territoire Orléanais. Quels sont ces freins ?

METHODES :

Etude qualitative d'approche inductive généralisée à l'aide d'entretiens semi-directifs (entretiens individuels) réalisés auprès des médecins généralistes du territoire d'Orléans et ses communes limitrophes entre juin 2019 et avril 2020. L'échantillonnage était raisonné et en variation maximale.

RESULTATS :

Six entretiens individuels ont été réalisés auprès de six médecins généralistes du territoire de la CPTS Orléanaise. La saturation des données a été obtenue. La surcharge de travail en lien direct avec la démographie médicale déficitaire du territoire Orléanais a été unanimement mise en évidence dans les entretiens constituant un frein majeur. Aujourd'hui, il existe des difficultés pour les médecins généralistes à visualiser les résultats concrets des efforts menés par la CPTS Orléanaise, en partie car les actions menées ne correspondent pas toujours à leurs problématiques. Les médecins généralistes ont des réticences en lien avec un pilotage du dispositif ressenti comme mené par les tutelles, susceptible d'entraîner une perte de liberté. La CPTS Orléanaise se veut innovante et introduit une nouvelle forme d'exercice pluriprofessionnel pouvant générer des craintes auprès des professionnels de santé (superficie du territoire, nombre de professionnels de santé, surcharge administrative, crainte d'un consensus difficile entre professions de santé etc...).

DISCUSSION ET CONCLUSION :

Les attentes des médecins généralistes concernant la CPTS Orléanaise sont nombreuses et l'intérêt suscité est manifeste, notamment en termes de pluriprofessionnalité. La CPTS Orléanaise pourrait contribuer à résoudre certaines difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne des médecins généralistes du territoire Orléanais, notamment pour ce qui concerne l'accès au second recours et l'articulation avec ville-hôpital.

MOTS CLES : « CPTS » ; « Pluriprofessionnalité » ; « Territoire » ; « Médecins Généralistes » ; « Organisation du soin »

JURY :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Directeur de thèse : Docteur Pierre BIDAUT

Membres du jury : Professeur Vincent CAMUS

Docteur Raphaël ROGEZ

Professeur Emmanuel RUSCH

Lieu et date de soutenance : Tours, le jeudi 10 Décembre 2020