

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Julien LAURENT

Né le 14/11/1986 à Niort (79)

**Coordination des soins : Besoins des médecins généralistes libéraux de
l'île d'Oléron.**

Présentée et soutenue publiquement le **14 octobre 2021** date devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Christophe BARON, Immunologie, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Frédéric PATAT, Biophysique et médecine nucléaire, Faculté de Médecine - Tours

Directrice de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine

RESUME

Coordinations de soins : Besoins des médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron.

Introduction : L'exercice coordonné est au cœur de la pratique de la médecine générale. Les professionnels de santé de l'île d'Oléron débutent leur projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Quels sont les besoins des médecins généralistes de l'île d'Oléron pour faciliter leur exercice et améliorer la prise en charge de leurs patients ?

Méthodologie : Etude quantitative à partir d'un questionnaire en ligne envoyé aux 25 médecins généralistes de l'île d'Oléron, installés ou futurs installés.

Résultats : L'ensemble du panel a répondu au questionnaire. Les besoins identifiés dans la littérature étaient plébiscités, avec des variations en fonction de l'âge, du genre, du mode d'exercice, du fait d'être maître de stage ou de travailler avec une infirmière ASALEE.

Discussion : L'infirmière ASALEE joue un rôle important au sein du cabinet médical en améliorant la qualité des soins, grâce à l'éducation thérapeutique. L'accueil des internes favorise la formation continue des MSU grâce à une remise en question de leur pratique et à l'apport de connaissances actualisées. Les médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles avaient moins de besoins exprimés, sans doute du fait que les échanges entre professionnels sont déjà nombreux et des outils sont à leur disposition afin de mieux s'organiser. Les médecins manqueraient de temps pour se former. La charge administrative entraîne une réticence des médecins à s'installer.

Conclusion : Les médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron ont besoin d'échanger avec les professionnels de santé de leur territoire. La CPTS pourrait développer la communication entre professionnels. Ce travail permettra d'écrire la lettre d'intention de la future CPTS auprès de l'ARS.

Mots clés : Exercice coordonné, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, besoins, médecins généralistes libéraux, exercice professionnel.

ABSTRACT

Care coordination: needs of liberal general practitioners in the island of Oleron.

Introduction: Coordinated practice is at the heart of general medical practice. Health professionals of the island of Oleron are starting their project for a Territorial Professional Health Community. What are the needs of general practitioners on the island of Oleron to facilitate their practice and improve the care of their patients?

Methodology: Quantitative study based on an online questionnaire, sent to 25 liberal general practitioners of the island of Oleron, installed or to be installed.

Results: The entire panel responded to the questionnaire. The needs identified in the literature were favoured, with variations according to age, gender, mode of practice, being a practicum master or working with an ASALEE nurse.

Discussion: The ASALEE nurse plays an important role in the medical practice by improving the quality of care, with therapeutic education. Hosting interns promotes the continuing education of MSUs by challenging their practices and the provision of updated knowledges. Doctors practicing in multi-professional health centers had lower needs expressed, no doubt because there are already many exchanges between professionals and tools are available to help them organize themselves better. Doctors would not have enough time to get formed. The administrative workload makes doctors reluctant to settle.

Conclusion: Liberal general practitioners on the island of Oleron need to exchange with health professionals in their area. The CPTS could develop communication among professionals. This work will enable the letter of intent of the future CPTS to be written to the ARS.

Key words: Coordinated practice, Territorial Professional Health Community, needs, liberal general practitioners, professional practice.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Th odora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREH, *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 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 – A. CHANTEPIE – 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 – O. HAILLOT – 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. MORAIN – 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
APETOH Lionel	Immunologie
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 Héléne	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
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
GATAULT Philippe	Néphrologie
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
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
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-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie

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	Ophthalmologie
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-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEURS 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
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
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
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
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
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOGLOU 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
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
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 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
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

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa	Orthoptiste

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 Juge et président du jury,
Monsieur le Professeur Emmanuel GYAN,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Soyez assuré de ma respectueuse considération.

A mon Juge,
Monsieur le Professeur Frédéric PATAT,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Veuillez trouver l'expression de mon profond respect.

A mon Juge,
Monsieur le Professeur Christophe BARON,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A ma directrice de thèse,
Madame le Docteur Alice PERRAIN,
Merci pour ta disponibilité et ta gentillesse,
Merci de m'avoir guidé et motivé,
Je n'aurai pu mener ce travail à son terme sans toi.

Merci aux médecins généralistes de l'île d'Oléron qui ont accepté de répondre au questionnaire. Sans eux ce travail n'aurait pu aboutir.

Merci à mes proches pour leur soutien durant ces longues années d'étude.

Merci à mon père de m'avoir permis d'accéder à de si longues études.
Merci à ma mère de m'avoir soutenu.

Merci à ma belle-famille d'avoir été présents quand j'en ai eu besoin.

Merci à mon épouse Anaïs de m'avoir accompagné et soutenu depuis la PCEM2, et d'avoir construit notre famille avec moi.
Merci à Aimé et Camille, mes deux magnifiques garçons, pour tout le bonheur que vous nous apportez et pour votre joie de vivre.

Merci à mon frère Joris, à mes beaux-frères Antoine et Sylvain (et surtout merci Sylvain pour ton aide précieuse pour les statistiques), à ma belle-sœur Virginie et à mon magnifique neveu Ernest.

Merci au Docteur Valérie DUTHIL pour ton aide et ton soutien,
Je suis heureux de devenir ton associé.
Merci à Alexandre et Daniel, pour leur aide et leur bienveillance.

Merci à Marie pour sa collaboration et son soutien depuis mon arrivée dans l'île d'Oléron.

Merci à Jean-Paul, Anne-Claire et leurs enfants pour leur amitié et leur accueil à Châteauroux.

Merci à mes maîtres de stage, Laurence PHILIPPE, Céline TERRACHER, Viviane BITARD, Jean-Paul DA-SILVA, Jacques BERTRON, Frédéric GARNIER, Christophe RUIZ, Xavier ROY, Ludovic LEMASSON, Alexandre SCOCCIMARO, ainsi qu'à tous leurs collaborateurs, au docteur FEAUVEAUX ainsi qu'à ses associées.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACIP	Accord-Cadre Interprofessionnel
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DGOS	Direction Générale de l'Organisation de la Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ESP	Equipe de Soins Primaires
ESP-Clap	Equipes de Soins Primaires Coordonnée localement autour du patient
ESP-CVL	Equipes de Soins Primaires du Centre-Val-de-Loire
ETP	Education thérapeutique du Patient
FCPTS	Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
FNAMPS santé	Fédération de Nouvelle-Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
MG	Médecins Généralistes
MSP	Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
UNCAM	Union nationale des caisses d'Assurance Maladie
UNPS	Union Nationale des Professions de Santé
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

TABLE DES MATIERES

Résumé	2
Abstract	3
Remerciements	9
Liste des abréviations	11
Table des matières	13
Introduction	14
Méthodologie	19
1. Caractéristiques de l'étude	19
a. Elaboration de l'étude	19
b. Choix de la méthodologie quantitative	19
c. Elaboration du questionnaire	19
2. Population	19
3. Recueil des données.....	20
4. Analyse des données	20
5. Cadre légal	21
Résultats	22
1. Echantillon	22
2. Profil des médecins généralistes libéraux du territoire	22
3. Résultats généraux	23
4. Test statistiques	24
5. Synthèse des résultats	27
6. Résultats selon l'âge	28
7. Résultats selon le genre	29
8. Résultats selon le mode d'exercice	30
9. Résultats selon la durée d'exercice	31
10. Résultats selon si collaboration avec une infirmière ASALEE	32
11. Résultats selon si maître de stage universitaire	32
12. Résultats maître de stage universitaire et collaboration avec une infirmière ASALEE	33
13. Résultats selon l'âge et le genre	34
14. Résultats selon l'âge et le mode d'exercice	36
15. Résultats selon l'âge et la durée d'exercice	40
16. Résultats selon l'âge et la collaboration avec une infirmière ASALEE	45
17. Résultats selon l'âge et la maîtrise de stage universitaire	46
18. Résultats selon le genre et le mode d'exercice	47
19. Résultats selon le genre et la durée d'exercice	49
20. Résultats selon le genre et la collaboration avec une infirmière ASALEE	51

21. Résultat selon le genre et la maîtrise de stage universitaire	52
22. Résultats selon la durée d'exercice et le mode d'exercice	53
23. Résultats selon la durée d'exercice et la collaboration avec une infirmière ASALEE.	57
24. Résultats selon la durée d'exercice et la maîtrise de stage universitaire	58
Discussion	59
Conclusion	65
Annexes	66
Annexe 1 : Portrait du territoire Oléronnaïis	66
Annexe 2 : Besoins identifiés dans la littérature existante	74
Annexe 3 : Questionnaire	79
Références	81

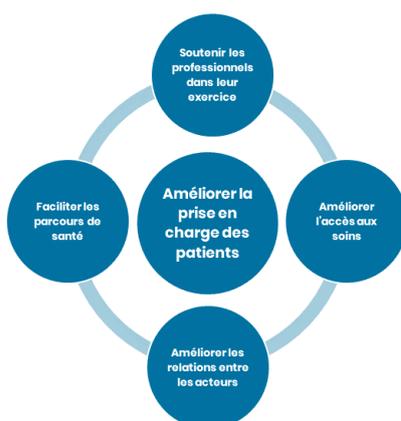
INTRODUCTION

« L'exercice isolé n'a pas d'avenir en médecine » : cette phrase, prononcée en 2014 par le Dr Bernard Huynh rejoint les propos du Président de la République E. Macron en 2018 : « Je veux que l'exercice isolé devienne une aberration ». Par ces mots, ils confirment tous deux que l'exercice coordonné pluriprofessionnel va devenir la norme du système de santé de demain. « Les gens doivent se parler, s'organiser ensemble autour du patient ». L'exercice coordonné permet aux professionnels de santé de mieux structurer leurs relations, de mieux organiser les prises en charge des patients. Les professionnels élaborent des actions pluriprofessionnelles pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins.

L'accord-cadre interprofessionnel (ACIP)(13) structure le plan « Ma santé 2022 ». Il a été signé le 10 octobre 2018 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS), ainsi que par 24 organisations syndicales. Il définit trois axes clés :

- Développement de la prise en charge coordonnée des patients.
- Accompagnement dans la mise en place des outils favorisant l'exercice coordonné.
- Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Cet accord a permis d'acter la généralisation de l'exercice coordonné du plan de santé gouvernemental. Mais comment l'exercice coordonné se concrétise-t'il réellement sur le terrain ?

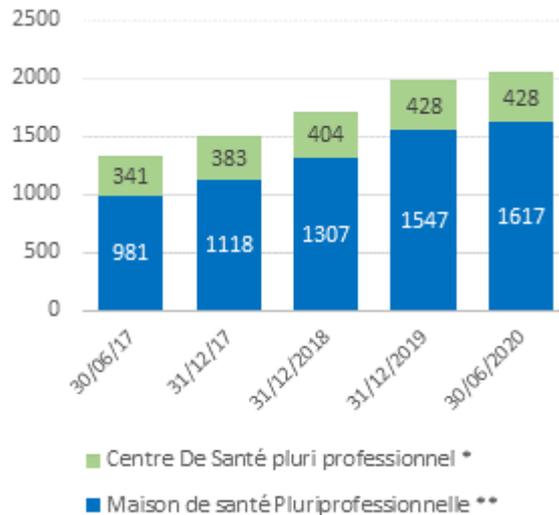


Source image : Fédération de nouvelle-aquitaine des maisons pluriprofessionnelles de santé (FNAMPS)

Le dispositif action de santé libérale en équipe ASALEE a été créé en 2004 par un médecin généraliste et un ingénieur expérimenté en systèmes d'information médicale pour améliorer la prise en charge des patients chroniques en ambulatoire. Il s'agit d'un travail de collaboration entre un médecin généraliste et une infirmière formée à l'éducation thérapeutique : un protocole de coopération permet au médecin généraliste de déléguer des actes ou des activités à l'infirmière (8). Ces actes comprennent des dépistages ainsi que des suivis de pathologies chroniques. L'infirmière ASALEE est formée à l'éducation thérapeutique des patients. Un retour d'expérience des patients indique un bien-être du patient. En effet, l'infirmière dispose de plus de temps pour l'éducation thérapeutique du patient (53). Médecin et infirmière ASALEE travaillent à l'échelle de la patientèle du médecin.

L'Equipe de Soins Primaires (ESP) réunit des professionnels de santé de premier recours, avec au moins un médecin généraliste, regroupés ou non sur le même site, autour d'une action commune bénéficiant à leurs patients. L'objectif est le partage des connaissances et l'amélioration des compétences de chacun. Il s'agit donc de mieux faire ensemble, pour faciliter l'exercice de chaque professionnel et améliorer la prise en charge des patients. Actuellement surtout informelle, l'ESP peut aussi se structurer, notamment dans les régions Pays de Loire (ESP CLAP – 15) et Centre-Val de Loire (ESP CVL – 14). Le dispositif est validé par les professionnels, qui y voient la formalisation déjà ancrée sur le territoire. La mise en place des ESP renforce la coordination locale qui existait de façon informelle entre les soignants.

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) regroupent des professionnels de santé médicaux, des auxiliaires médicaux ou encore des pharmaciens. Ce regroupement ne nécessite pas forcément un site commun. Les MSP sont constituées de professionnels libéraux. Dans les Centres de Santé qui peuvent être pluriprofessionnels, les professionnels sont salariés. Les MSP et les Centres de Santé sont définis par l'article L6323-1 du Code de la santé publique (25). Les missions des MSP sont définies dans le CSP (Article L6323-3)(19). Les professionnels qui la composent assurent des activités de soins de premier recours sans hébergement. Ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé élaboré par arrêté du ministre chargé de la santé (projet régional de santé, article L1434-2)(20). Les MSP prennent en charge la patientèle de plusieurs professionnels de santé.



Source image : solidarites-sante.gouv.fr

La CPTS regroupe l'ensemble des professionnels de santé de ville, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels du social d'un même territoire géographique, pour coordonner les soins à l'échelle de toute une population. Selon la définition de la Direction Générale de l'Organisation de la Santé (21), une CPTS est une organisation conçue autour d'un projet de santé. Elle est constituée à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné. Le territoire est défini par les professionnels eux-mêmes. Une CPTS a pour vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels. La stratégie nationale « Ma Santé 2022 » (2) a fixé un objectif de 1000 CPTS en 2022. La Fédération des CPTS (FCPTS) avance le chiffre de 670 CPTS en 2021, à différents stades de fonctionnement (26).

Les missions des CPTS sont au nombre de cinq :

1. Faciliter l'accès aux soins pour le patient (accès au médecin traitant et amélioration de la prise en charge des soins non-programmés en ville).
2. Améliorer l'organisation du parcours des patients.
3. Réaliser des missions de prévention auprès de la population du territoire.
4. Evaluer la qualité et la pertinence des actions.
5. Améliorer l'attractivité du territoire.

Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont pour but d'aider la population et les professionnels de santé pour la coordination des parcours de santé complexes (22). Plusieurs missions sont définies dans l'article L6327-2 du CSP (23) :

- Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels : accueil, analyse de la situation de la personne, orientation et mise en relation, accès aux ressources spécialisées, suivi et accompagnement renforcé des situations et la planification des prises en charge. Cette mission s'effectue en collaboration avec le médecin traitant.
- Participer à la coordination des situations complexes.
- Participer à la coordination territoriale, avec l'objectif de structurer les parcours de santé.

Au-delà d'un souhait politique, ces différentes formes d'exercice coordonné montrent donc le développement des pratiques collaboratives. Mon parcours de stage pendant l'internat puis en tant que jeune médecin, m'a amené à m'intéresser à l'exercice coordonné ainsi qu'aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Lors de mon internat dans le Berry, j'ai eu la chance d'effectuer trois semestres en médecine libérale. Certains de mes maîtres de stage pratiquaient seuls, d'autres en cabinet de groupe, ou encore dans des maisons de santé pluriprofessionnelles. Mais quelle que soit leur structure d'exercice, tous travaillaient en collaboration avec les professionnels de santé de leur territoire. A la fin de l'internat, j'ai rencontré le Dr RM, médecin généraliste sur l'île d'Oléron. Elle m'a exposé le projet de MSP en cours qui correspond à ma vision de la pratique médicale. Il est axé sur le travail en équipe que j'ai pu appréhender durant mon internat. Afin de me rapprocher de ma famille, j'ai rejoint le cabinet médical en qualité de médecin adjoint. Il est composé de trois médecins généralistes. J'ai pu assister aux différentes réunions concernant ce projet. Elles ont permis aux acteurs de santé du territoire et aux entités politiques locales d'échanger sur leurs attentes. Actuellement ce projet est mis en pause du fait du contexte sanitaire actuel. Malgré tout, nous continuons d'échanger avec les professionnels de santé autour de notre patientèle commune, également avec l'ensemble des médecins généralistes du territoire Oléronais afin d'organiser l'offre de soins. Les médecins libéraux de l'île d'Oléron sont membres d'une association (loi de 1901). Cette association a pour objectif d'organiser la permanence des soins avec un système de gardes. Une réunion ouverte à l'ensemble des professionnels de santé de l'île a eu lieu pour présenter les missions d'une CPTS. Ces différentes rencontres m'ont permis de créer un réseau de soins primaires afin d'accompagner au mieux mes patients.

Avec la pandémie de COVID-19, j'ai rencontré des situations extrêmement complexes. Les difficultés de prise en charge hospitalières sont aussi bien liées aux peurs des patients de surcharger l'hôpital « pour rien » que liées aux déprogrammations des rendez-vous avec les spécialistes hospitaliers ou aux retours précoces des patients à leur domicile dans l'objectif de libérer des lits d'hospitalisation. Une situation en particulier m'a marqué : celle d'un patient suivi en oncologie et ayant besoin d'une transfusion dans le cadre de sa pathologie. Il n'arrivait

pas à obtenir de rendez-vous en hôpital de jour. J'ai dû faire admettre ce patient par les urgences générales après avoir passé trois jours à tenter de trouver une solution avec le service d'oncologie. Cette situation a été extrêmement inconfortable pour ce patient affaibli par sa pathologie qui s'est de plus senti abandonné par le service hospitalier. Certaines situations relevaient également de situations sociales compliquées, entraînant des troubles de la santé mentale (difficultés financières liées à la fermeture d'un commerce ou d'un restaurant, étudiants devant rentrer vivre chez leurs parents après avoir dû abandonner leur formation qu'ils n'arrivaient pas à suivre en distanciel...). J'ai également pu constater que de nombreux résidents secondaires de l'île étaient venus s'établir de façon définitive. Ces propriétaires sont souvent des personnes âgées avec des pathologies chroniques nécessitant des actes de soins importants. Cela a obligé les professionnels de santé à s'organiser pour les prendre en soins.

Ces situations m'ont amené à me questionner sur l'exercice coordonné et sur les besoins que pourraient avoir nos confrères/ consœurs dans leurs pratiques :

Quels sont les besoins des médecins généralistes libéraux, installés ou futurs installés, de l'île d'Oléron pour faciliter leur exercice et améliorer la prise en charge des patients ?

Définir ces besoins permettra par la suite d'initier la lettre d'intention du projet de CPTS du territoire.

METHODOLOGIE

1. Caractéristiques de l'étude

a. Elaboration de la question de recherche

Nous voulions initialement interroger l'ensemble des professionnels de santé libéraux sur leurs besoins pour faciliter leur exercice et améliorer la prise en charge des patients, mais la littérature concerne surtout les médecins généralistes. Nous avons donc limité notre étude aux seuls médecins généralistes.

b. Choix de la méthodologie quantitative

La recherche quantitative permet de mieux tester des théories ou des hypothèses. La recherche quantitative est appropriée lorsqu'il existe un cadre théorique déjà bien reconnu. La littérature concernant les besoins des médecins généralistes étant conséquente, nous avons décidé de nous orienter vers une méthode de recherche quantitative.

c. Elaboration du questionnaire

Nous avons réalisé un questionnaire avec des questions fermées après avoir établi une liste de besoins. Cette liste était basée sur des résultats de travaux de thèses et de rapports (annexe 2).

Six questions ont proposé des réponses à menu déroulant.

Douze questions ont amené des réponses à choix multiples selon l'échelle de Likert, afin de forcer à une prise de position du sondé.

Une question a proposé une réponse libre.

Le questionnaire a été anonymisé.

Le questionnaire a été réalisé sur le site DraqnSurvey (annexe 3).

Nous avons fait tester notre questionnaire à trois confrères travaillant sur un autre territoire que l'île d'Oléron. L'objectif a été de vérifier la clarté des questions. Ils se sont chronométrés, leur temps de réponse a été de moins de 5 minutes (3,58'-4.32'-4.46').

2. Population

Nous avons interrogé les médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron, ainsi que les futurs installés déclarés. Ils étaient 20 installés et 5 futurs installés.

Les salariés ont été exclus du panel, la littérature étant inexistante sur cette population.

3. Recueil des données

Le lien du questionnaire sur DragnSurvey a été envoyé par mail à l'ensemble des médecins installés via le listing de planning de garde.

Pour recueillir la liste des futurs installés, nous avons contacté les cabinets médicaux afin de leur exposer notre sujet de thèse et de leur demander s'ils ont eu connaissance d'installations futures dans leur cabinet ou dans leur ville.

Deux semaines ont été laissées aux professionnels pour répondre. Au bout de sept jours, nous nous sommes déplacés dans les cabinets des médecins n'ayant pas répondu afin de leur déposer la version papier du questionnaire. Deux jours après, nous avons téléphoné aux médecins rencontrés afin de récupérer les documents papiers.

La période d'inclusion des réponses a débuté le 22 juillet 2021 et s'est terminée le 8 août 2021.

4. Analyse des données

Les résultats ont été analysés à partir des outils proposés par le site Dragn Survey.

Nous avons utilisé l'outil filtres du site afin de pouvoir obtenir les résultats selon les caractéristiques. Nous avons par la suite croisé les résultats des différentes caractéristiques entre eux à l'aide du même outil.

Nous avons utilisé le test de Kruskal-Wallis afin de vérifier la validité de nos résultats.

Nous avons des facteurs d'étude qualitatifs (âge, genre, expérience...) et indépendants ainsi que des variables de réponses qualitatives ordinales (pas du tout d'accord, plutôt d'accord, d'accord, tout à fait d'accord).

Cependant, étant donné la faible taille de l'échantillon étudié, il a été nécessaire d'effectuer une binarisation des réponses. Ainsi, les réponses « pas du tout d'accord » et « plutôt d'accord » ont été associées et considérées comme des réponses négatives. A l'inverse, les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord » ont été associées et considérées comme des réponses positives. Afin de mesurer l'influence des différents facteurs mesurés, il a été nécessaire de faire des tests de comparaison par paire lorsque qu'un besoin possédait plusieurs populations. Ces situations ont été évaluées par l'utilisation d'un test de Steel-Dwass-Critchlow-Fligner.

Le test statistique permet de déterminer le risque que les résultats soient erronés. Plus le résultat est faible, moins le risque d'erreur est présent. La limite, nommée p, doit-être inférieure à 0.05.

5. Cadre légal

Afin de savoir si une déclaration auprès du comité d'éthique était nécessaire, nous avons effectué une recherche sur le site de la faculté de médecine de Tours.

Nous avons utilisé « l'outil de qualification de votre recherche » de l'onglet thèse. Un lien vers un questionnaire LimeSurvey nous a été proposé.

Après avoir répondu à l'arbre décisionnel, il s'est avéré inutile de demander l'avis du comité d'éthique dans notre cas.

Notre travail se situait « hors loi Jardé ».

RESULTATS

1. Echantillon

25 questionnaires ont été réceptionnés, soit un taux de réponse de 100% au bout de 11 jours. Cela correspond à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du territoire installés ou en projet d'installation, identifiés sur le territoire.

2. Profil des médecins généralistes libéraux du territoire

<i>Caractéristiques</i>	<i>Données</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentages</i>
<i>Age</i>	Moins de 40 ans	6	24%
	40 -50 ans	5	20%
	51- 60 ans	4	16%
	Plus de 60 ans	10	40%
<i>Genre</i>	Femme	9	36%
	Homme	16	64%
<i>Mode d'exercice</i>	Seul	8	32%
	Cabinet de groupe	7	28%
	MSP	5	20%
	Remplaçant	5	20%
<i>Temps d'exercice</i>	2 ans ou moins	10	40%
	3-10 ans	2	8%
	11-20 ans	6	24%
	21-30 ans	2	8%
	Plus de 30 ans	5	20%
<i>Infirmière ASALEE</i>	Oui	11	44%
	Non	14	56%
<i>Maître de stage Universitaire</i>	Oui	7	28%
	Non	18	72%

Tableau 1- Caractéristiques du panel

La médiane de la durée d'exercice était de 13.5 années.

L'âge moyen était de 50.7 ans.

3. Résultats généraux

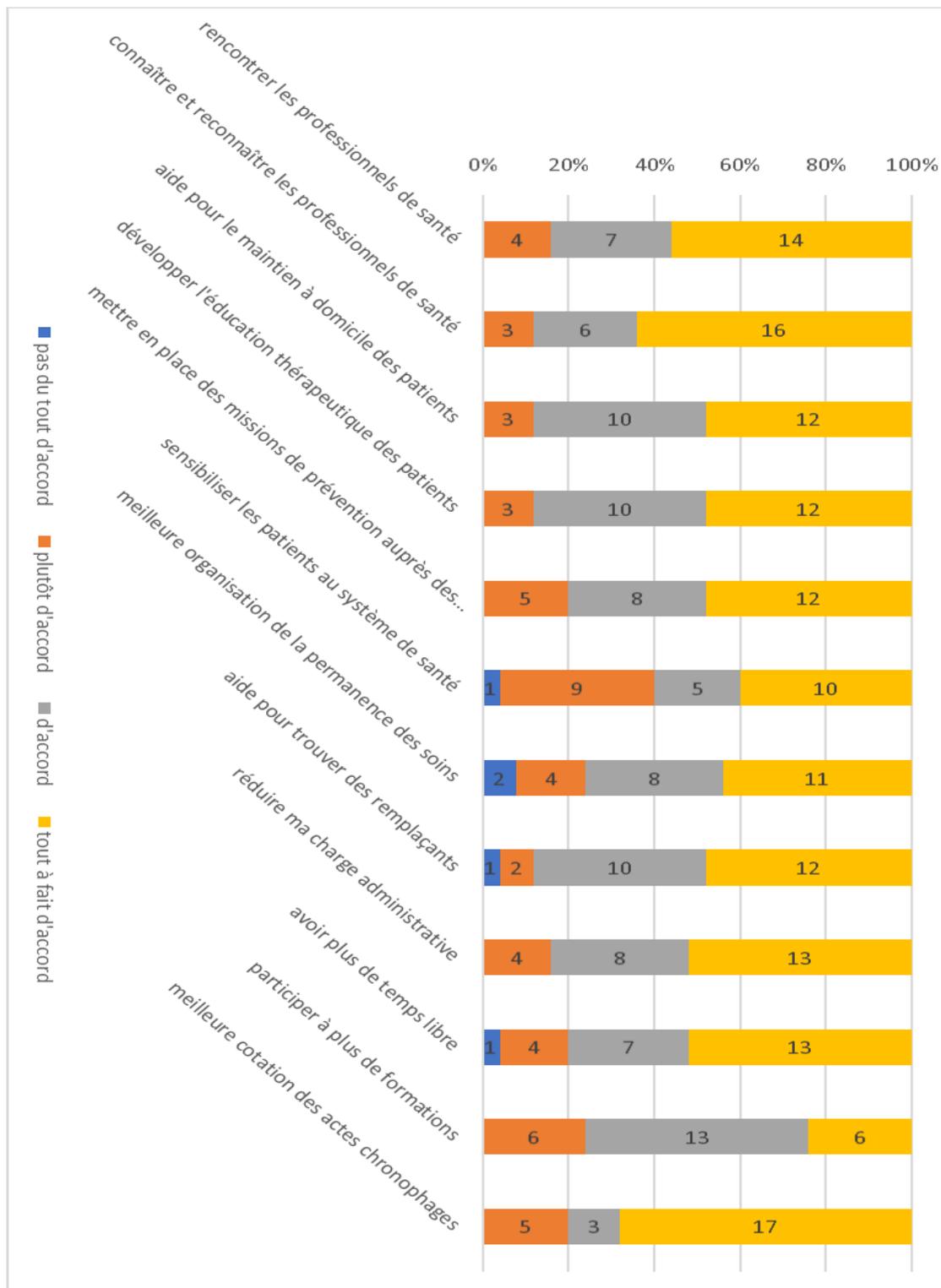


Figure 1- Résultats généraux

4. Tests statistiques

Afin de pouvoir juger de l'influence des différentes caractéristiques mesurées, une série de tests de significativité statistique a été effectuée.

Avec une p-value inférieure à 10^{-3} (voir tableau 2), il est impossible de considérer que les deux échantillons étudiés (approbation des réponses, vs non-approbation des réponses) proviennent de la même population. Associé au fait que le nombre de réponses positives au projet est majoritaire (voir figure 1), les MG approuvent les propositions qui leur ont été faites.

K (Valeur observée)	17,524
K (Valeur critique)	3,841
DDL	1
p-value (unilatérale)	<0,0001
alpha	0,050

Tableau 2- Test de Kruskal-Wallis sur les résultats généraux

Les deux échantillons étudiés ne font pas partie de la même population ($p < 0,0001$). Le projet est approuvé par les MG ayant répondu au sondage.

En étudiant l'influence de l'âge des MG, on peut en déduire qu'au moins deux populations existent au sein de l'échantillon (voir Tableau 3). En effectuant une procédure de comparaison multiple, on constate que les médecins de plus de 60 ans acceptent moins bien le projet que le reste des médecins interrogés (voir Tableau 4).

K (Valeur observée)	12,662
K (Valeur critique)	7,815
DDL	3
p-value (unilatérale)	0,005
alpha	0,050

Tableau 3- Test de Kruskal-Wallis sur la caractéristique âge

Les différents échantillons ne font pas partie de la même population ($p\text{-value} = 0,005$)

Echantillon	Somme des rangs	Moyenne des rangs	Groupes	
Plus de 60 ans	178,500	14,875	A	
Moins de 40 ans	250,000	20,833	A	B
De 51 à 60 ans	370,000	30,833		B
De 40 à 50 ans	377,500	31,458		B

Tableau 4- Test de comparaison multiple par paires sur la caractéristique âge

L'échantillon des MG de plus de 60 ans est statistiquement divergeant du reste des échantillons, approuvant moins fortement le projet

La durée d'exercice sur le territoire a une influence sur l'approbation du projet (Tableau 6). Les MG ayant le plus d'années d'expérience ont une moins bonne approbation au

projet, cohérente avec l'influence de l'âge (Tableau 7). Cependant, les médecins ayant une expérience sur le territoire de moins de deux ans ont la même approbation que les médecins les plus expérimentés.

K (Valeur observée)	21,917
K (Valeur critique)	9,488
DDL	4
p-value (unilatérale)	0,000
alpha	0,050

**Tableau 5- Test de Kruskal-Wallis
sur la caractéristique durée d'exercice sur le territoire**

Les quatre échantillons étudiés font au moins partie de deux populations (p-value = 0,000)

Echantillon	Somme des rangs	Moyenne des rangs	Groupes
Plus de 30 ans	200,000	16,667	A
Moins de 2 ans	313,500	26,125	A
Entre 11 et 20 ans	348,500	29,042	
Entre 2 et 10 ans	398,000	33,167	
Entre 21 et 30 ans	570,000	47,500	

Tableau 6- Test de comparaison par paire sur la caractéristique mode d'exercice

Deux groupes distincts émergent : le premier groupe est formé par les MG ayant moins de 2 ans d'expérience sur le territoire et ceux ayant plus de 30 ans d'expérience sur le territoire, le second groupe étant formé par l'ensemble des autres groupes

Le mode d'exercice influe sur l'approbation du projet, avec au moins deux populations distinctes (p-value=0.011) (Voir Tableau 8). Après un test de comparaison par paires, les MG exerçant seuls et ceux travaillant au sein d'une MSP ont une moins bonne approbation au projet (Voir tableau 9).

K (Valeur observée)	11,177
K (Valeur critique)	7,815
DDL	3
p-value (unilatérale)	0,011
alpha	0,050

Tableau 7 - Test de Kruskal-Wallis sur la caractéristique mode d'exercice

Les quatre échantillons étudiés ne font pas partie de la même population (p-value = 0.011)

Echantillon	Somme des rangs	Moyenne des rangs	Groupes	
Seul	200,500	16,708	A	
Dans une MSP	249,000	20,750	A	
Remplaçant	316,500	26,375	A	B
Dans un cabinet de groupe	410,000	34,167		B

Tableau 8 – Test de comparaison par paire sur la caractéristique mode d'exercice

Les MG pratiquant seuls et ceux pratiquant au sein d'une MSP présentent une moins bonne approbation au projet

En effectuant une analyse statistique comparant l'approbation du projet en fonction du genre du MG ayant répondu, on observe que les deux échantillons sont statistiquement différents (p-value = 0.014) (voir Tableau 10). Ainsi, les femmes approuvent davantage le projet que les hommes.

K (Valeur observée)	6,003
K (Valeur critique)	3,841
DDL	1
p-value (unilatérale)	0,014
alpha	0,050

Tableau 9 - Test de Kruskal-Wallis sur la caractéristique du genre

Les deux populations sont statistiquement différentes (p-value = 0.014)

Le fait de pratiquer en collaboration avec une infirmière ASALEE n'a pas d'influence sur les réponses (p-value = 0.604) (voir Tableau 11).

K (Valeur observée)	0,269
K (Valeur critique)	3,841
DDL	1
p-value (unilatérale)	0,604
alpha	0,050

Tableau 10 - Test de Kruskal-Wallis sur la caractéristique collaboration avec une infirmière ASALEE

Les deux échantillons font partie de la même population (p-value = 0.604)

Les maîtres de stages sont plus réticents au projet (p-value=0.007) (Voir Tableau 12).

K (Valeur observée)	7,194
K (Valeur critique)	3,841
DDL	1
p-value (unilatérale)	0,007
alpha	0,050

Tableau 11 - Test de Kruskal-Wallis sur la caractéristique Maître de stage universitaire

Les deux populations étudiées sont significativement différentes (p-value = 0,007).

5. Synthèse des résultats

Les besoins identifiés dans la littérature étaient plébiscités, avec des variations en fonction de l'âge, du genre, du mode d'exercice, du fait d'être maître de stage ou de travailler avec une infirmière ASALEE.

On constatait une moyenne de 75% d'acceptation des besoins pour l'ensemble du panel.

Le besoin qui présentait la plus faible adhésion du panel était la sensibilisation des patients au système de santé.

En se référant aux résultats des tests statistiques et à la lecture des figures de croisement des résultats, les caractéristiques suivantes étaient corrélées à une réponse positive aux besoins proposés :

- le genre féminin
- l'âge des médecins entre 40 et 60 ans
- être remplaçant
- travailler en cabinet de groupe (versus travailler seul ou en MSP)
- être Maître de Stage des Universités
- travailler avec une infirmière ASALEE, surtout pour développer l'éducation thérapeutique et mettre en place des missions de prévention.

Les 3 médecins qui sont à la fois MSU et en collaboration avec une infirmière ASALEE avaient un très fort résultat d'adhésion aux besoins.

Les besoins proposés vont-être présentés de façon abrégée dans les prochains histogrammes afin d'en limiter le volume.

Liste des besoins abrégés :

Rencontrer : rencontrer les professionnels de santé

Connaître : connaître et reconnaître les professionnels de santé

Domicile : aide pour le maintien à domicile des patients

Education : développer l'éducation thérapeutique auprès des patients

Prévention : mettre en place des missions de prévention auprès des patients

Sensibiliser : sensibiliser les patients au système de santé

Permanence : meilleure organisation de la permanence des soins

Remplaçants : aide pour trouver des remplaçants

Administrative : réduire la charge administrative

Temps : avoir plus de temps libre

Formations : participer à plus de formations

Cotation : meilleure cotation des actes chronophages

6. Résultats selon l'âge

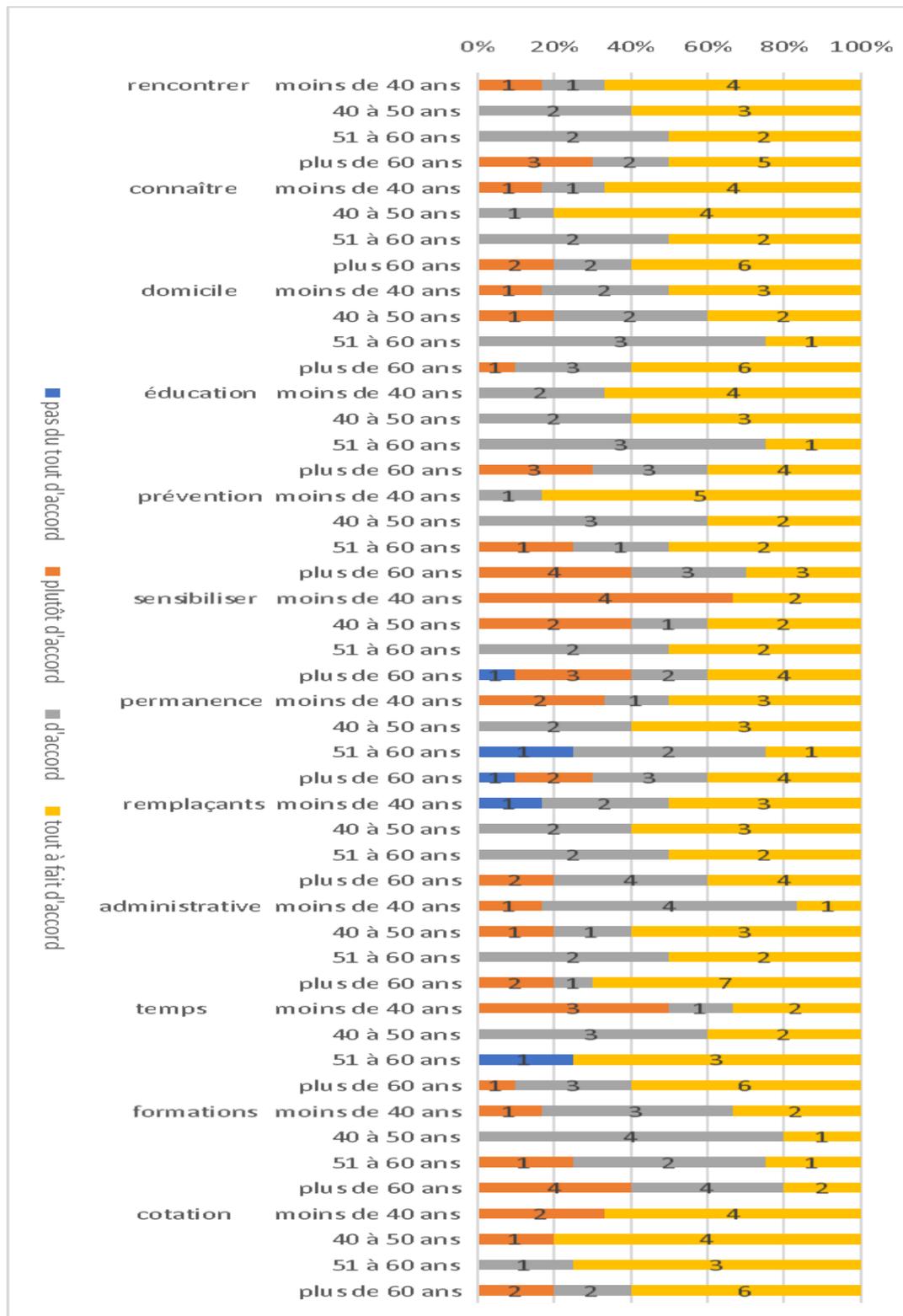


Figure 2- Résultats selon la classe d'âge

7. Résultats selon le genre

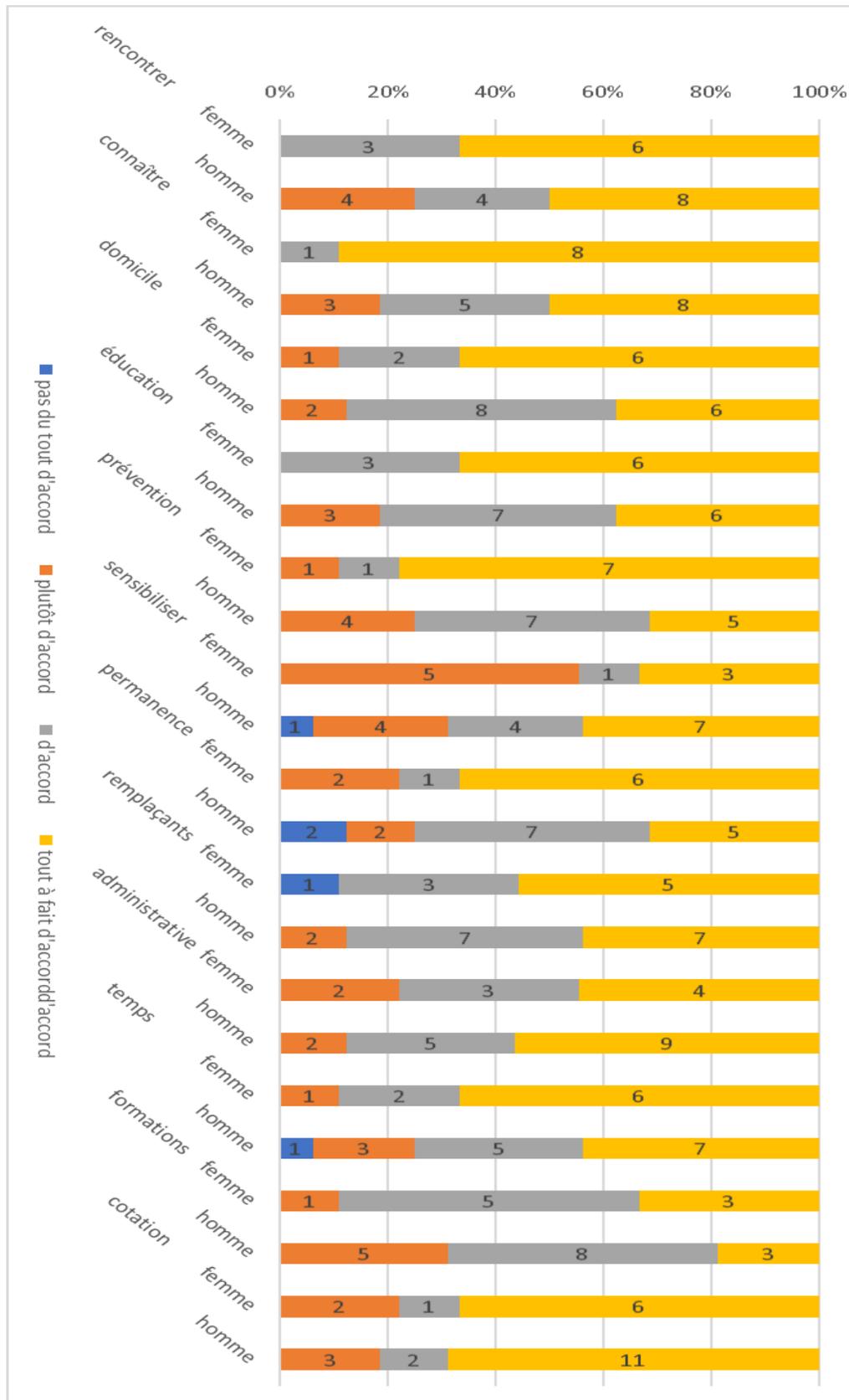


Figure 3- Résultats selon le genre

8. Résultats selon le mode d'exercice

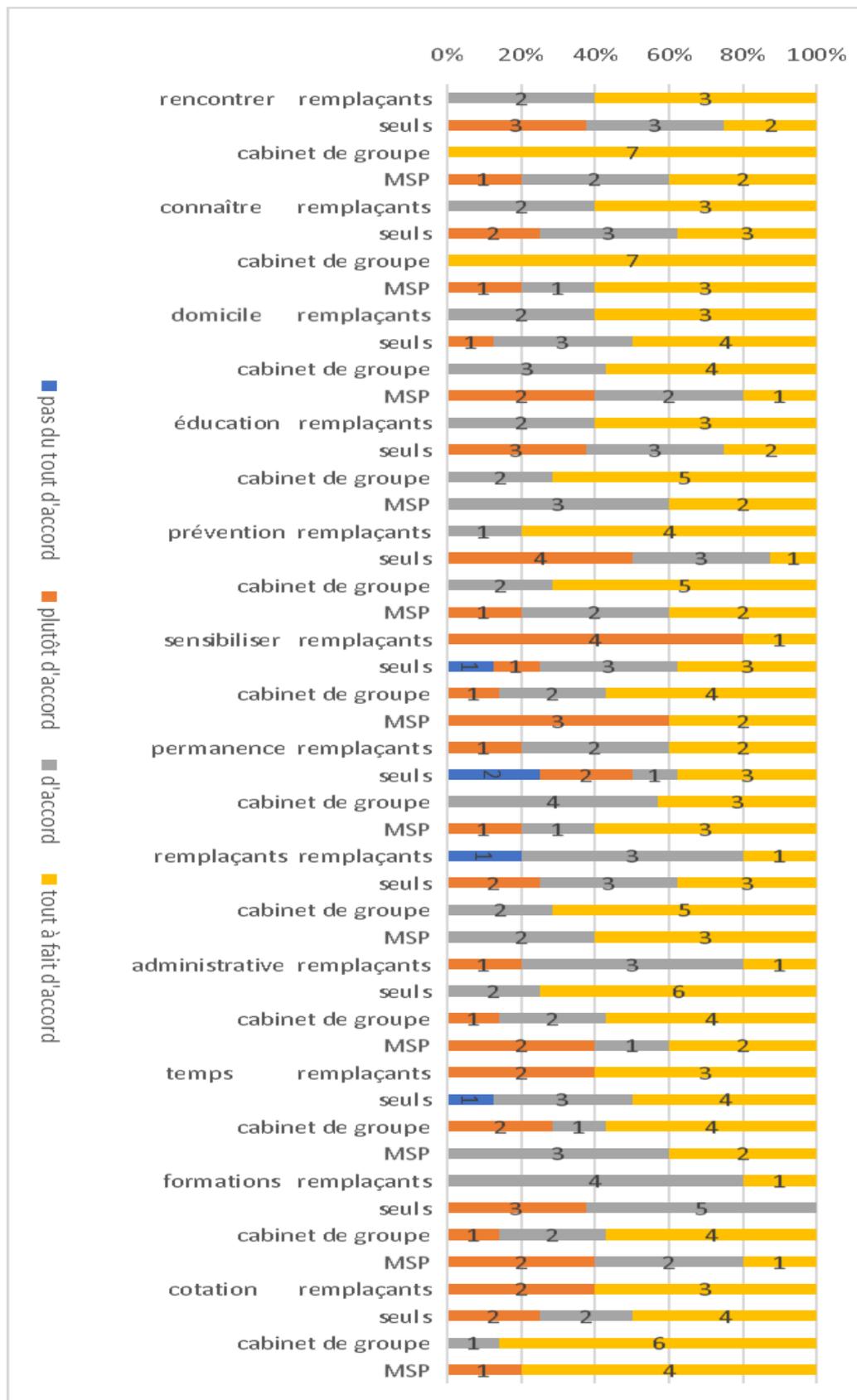


Figure 4- Résultats selon le mode d'exercice

9. Résultats selon la durée de l'exercice

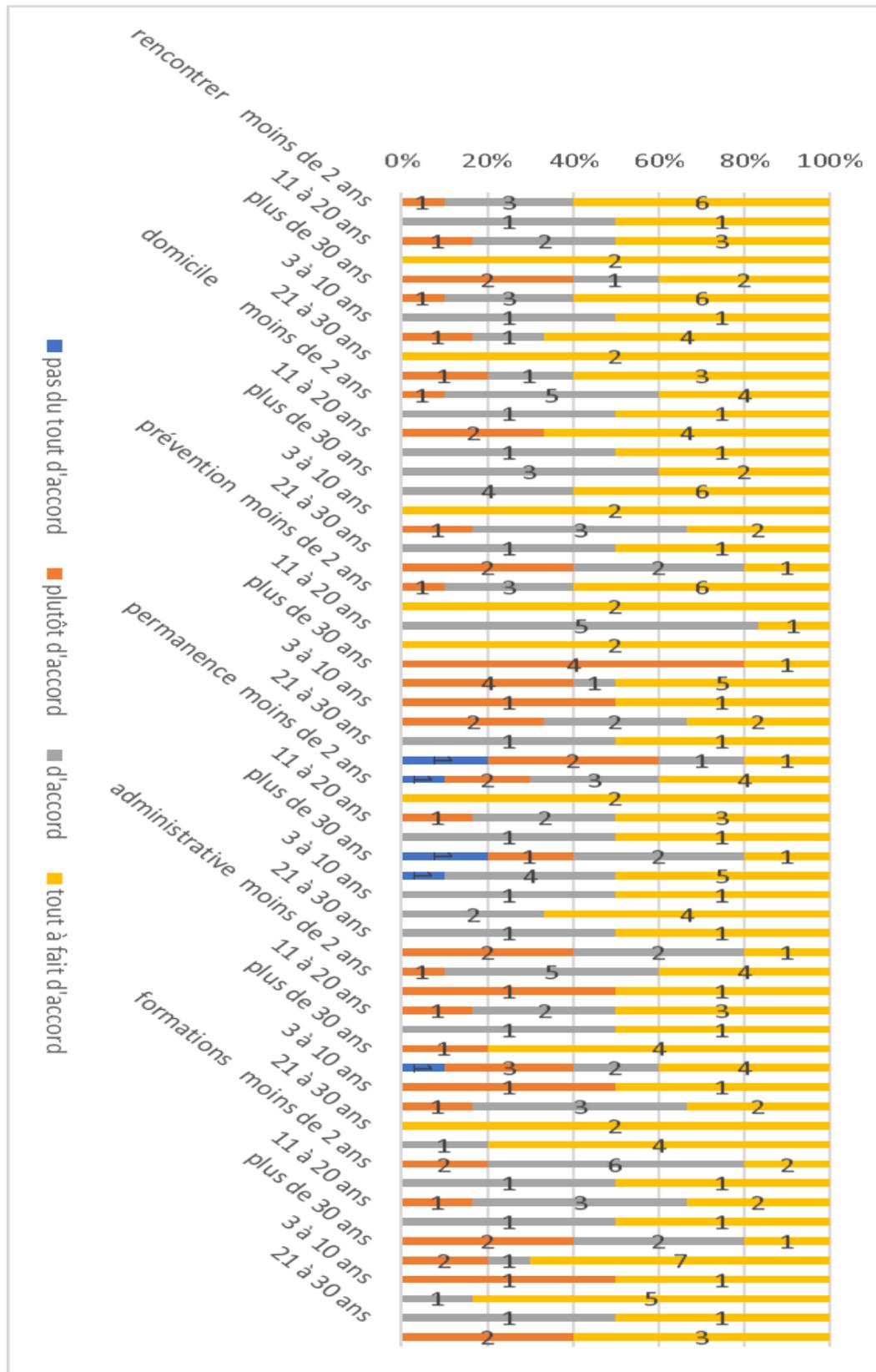


Figure 5- Résultats selon la durée de l'exercice

10. Résultats selon si collaboration avec une infirmière ASALEE

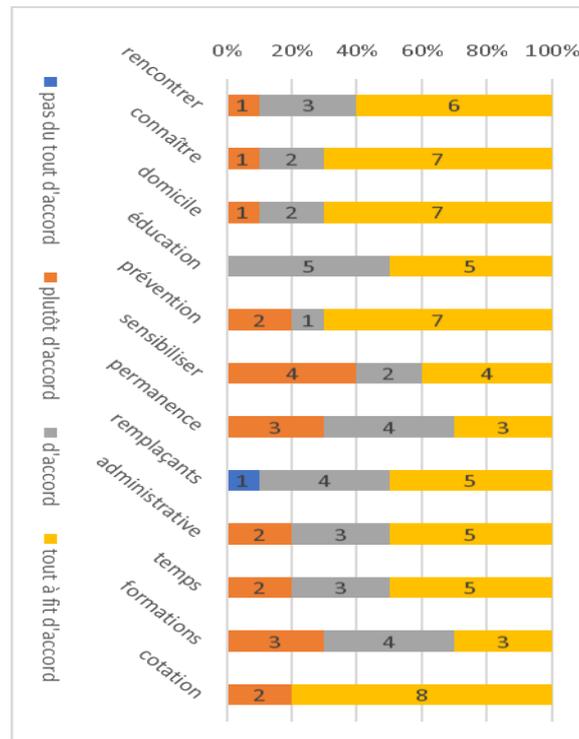


Figure 6- Médecins collaborant avec une infirmière ASALEE

11. Résultats selon si Maître de stage universitaire

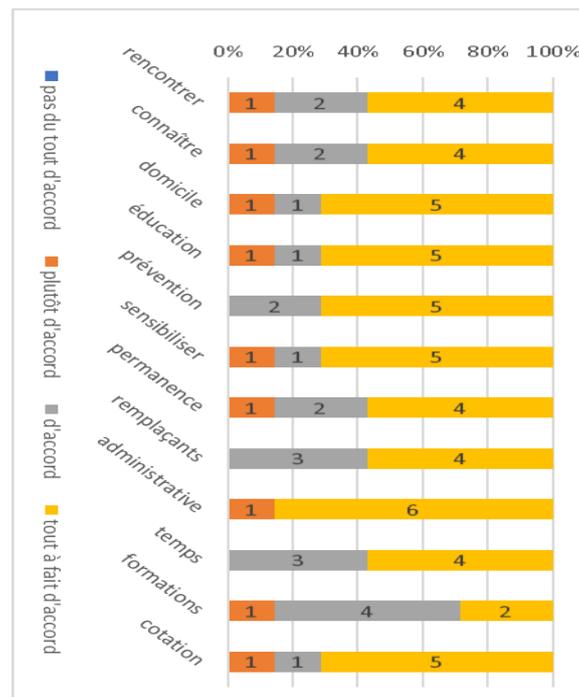


Figure 7- Médecins maîtres de stage universitaire

12. Résultats maître de stage universitaire et collaboration avec une infirmière ASALEE

3 médecins sont à la fois MSU et travaillent avec une infirmière ASALEE

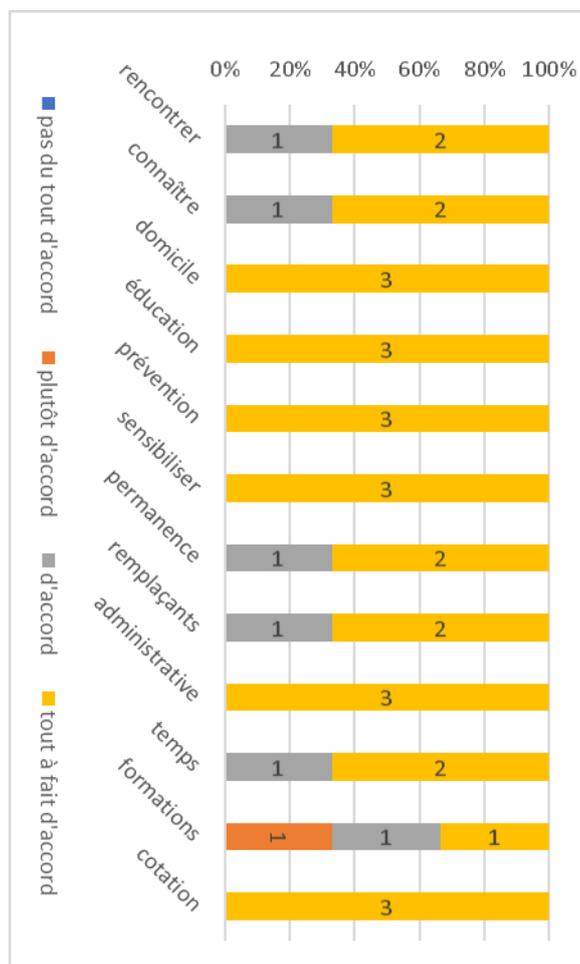


Figure 8- Maître de stage universitaire travaillant avec une infirmière ASALEE

13. Résultats selon l'âge et le genre

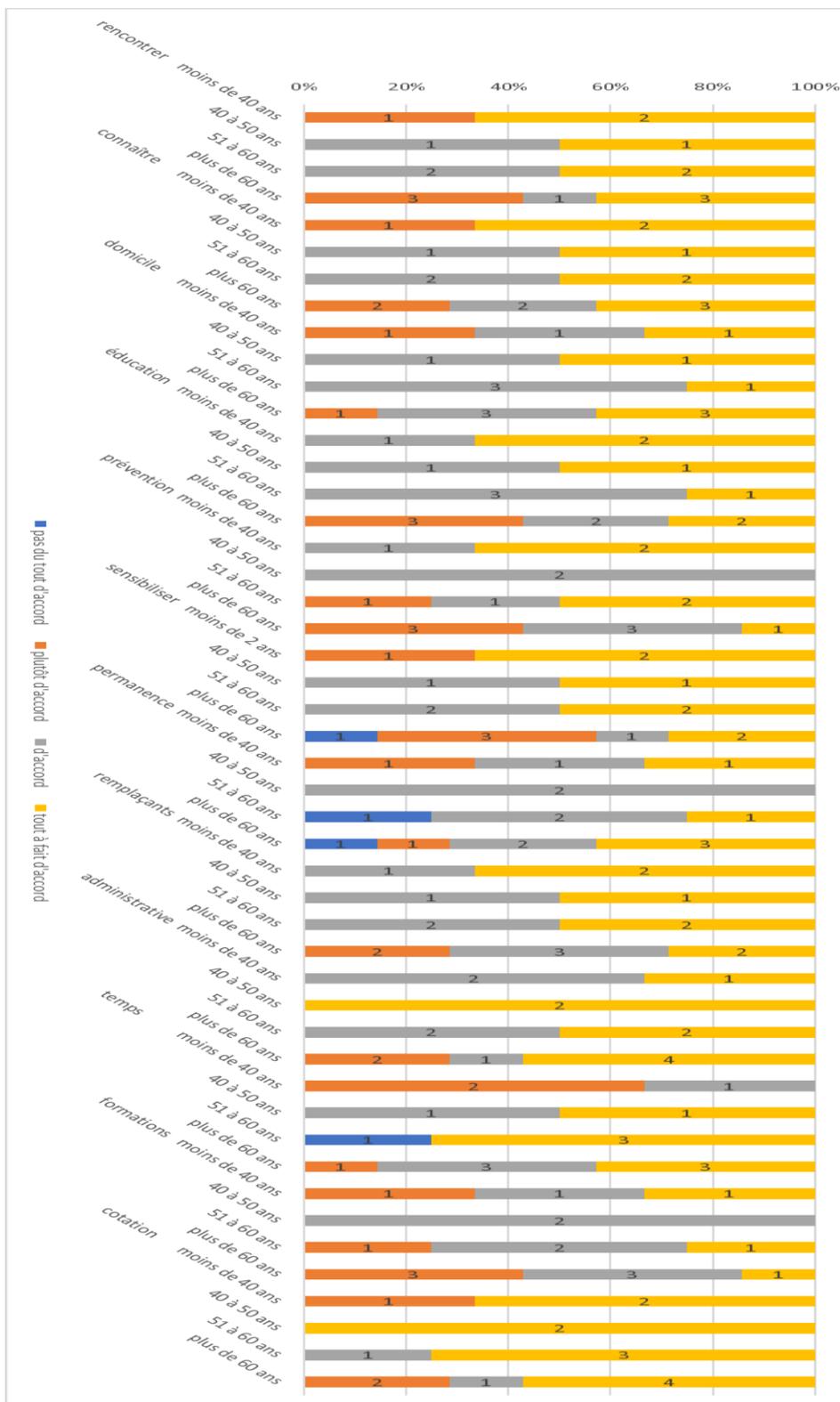


Figure 9- Résultats des hommes selon la classe d'âge

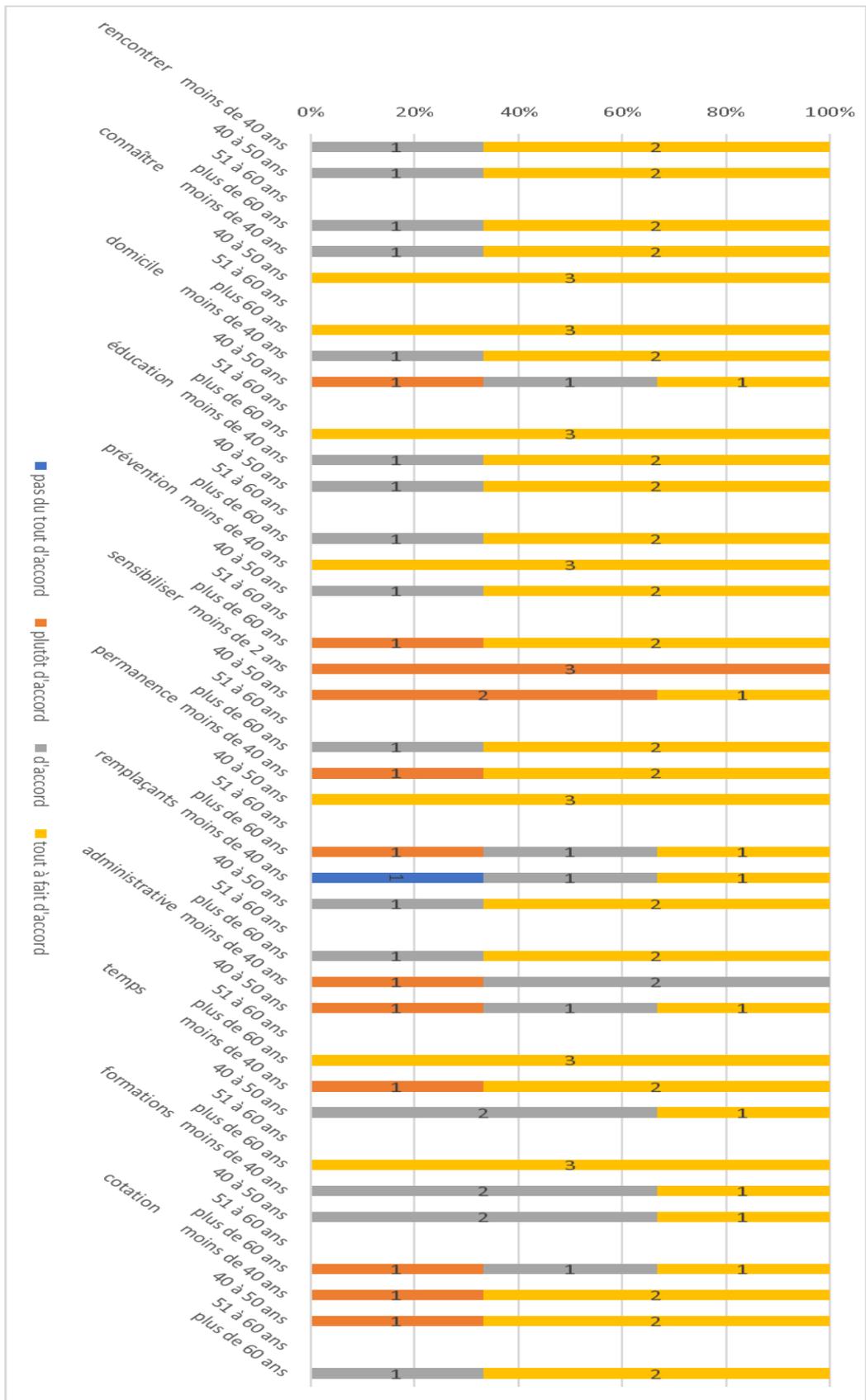


Figure 10- Résultats des femmes selon la classe d'âge

14. Résultats selon l'âge et le mode d'exercice

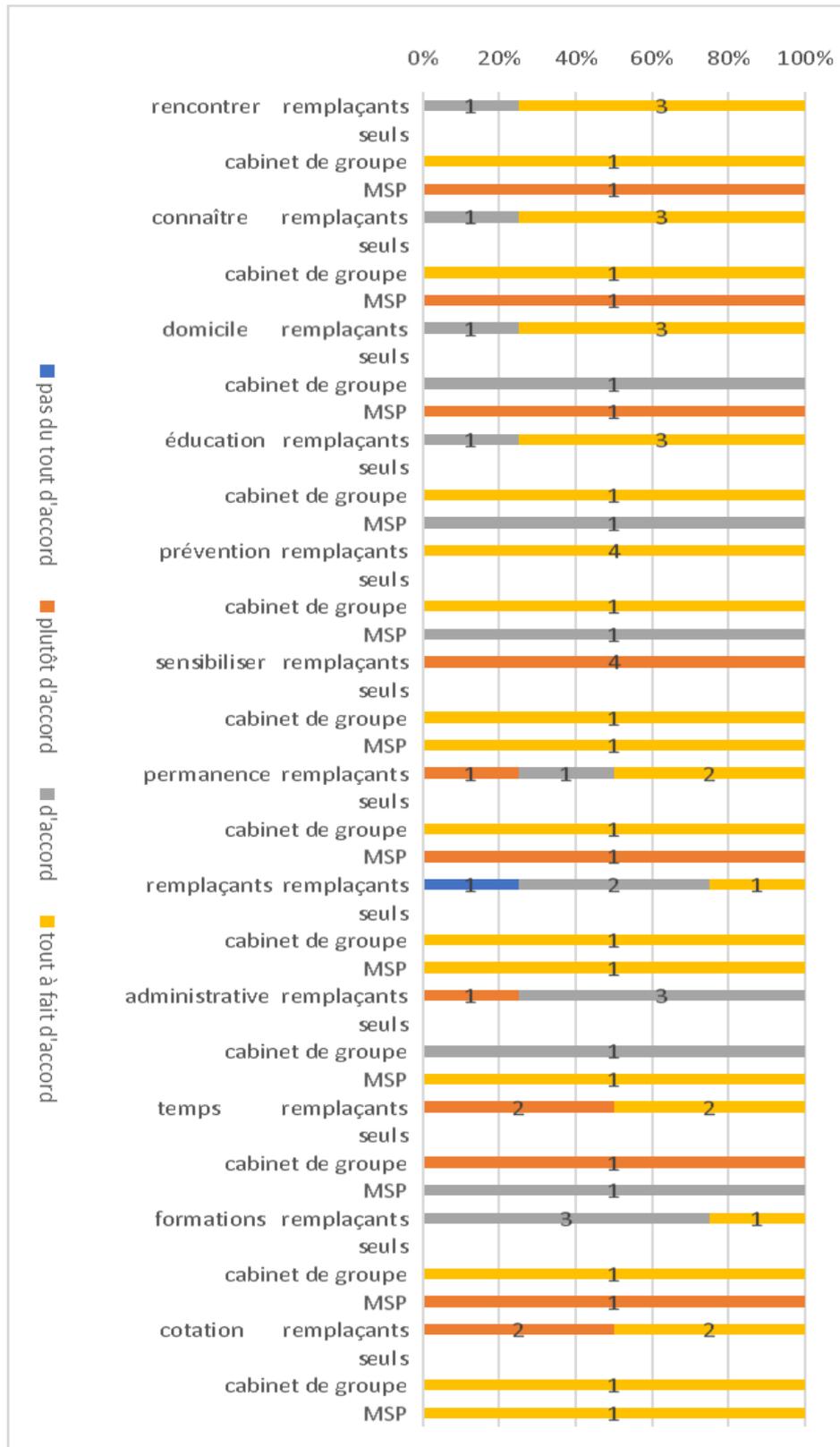


Figure 11- Résultats des moins de 40 ans selon le mode d'exercice

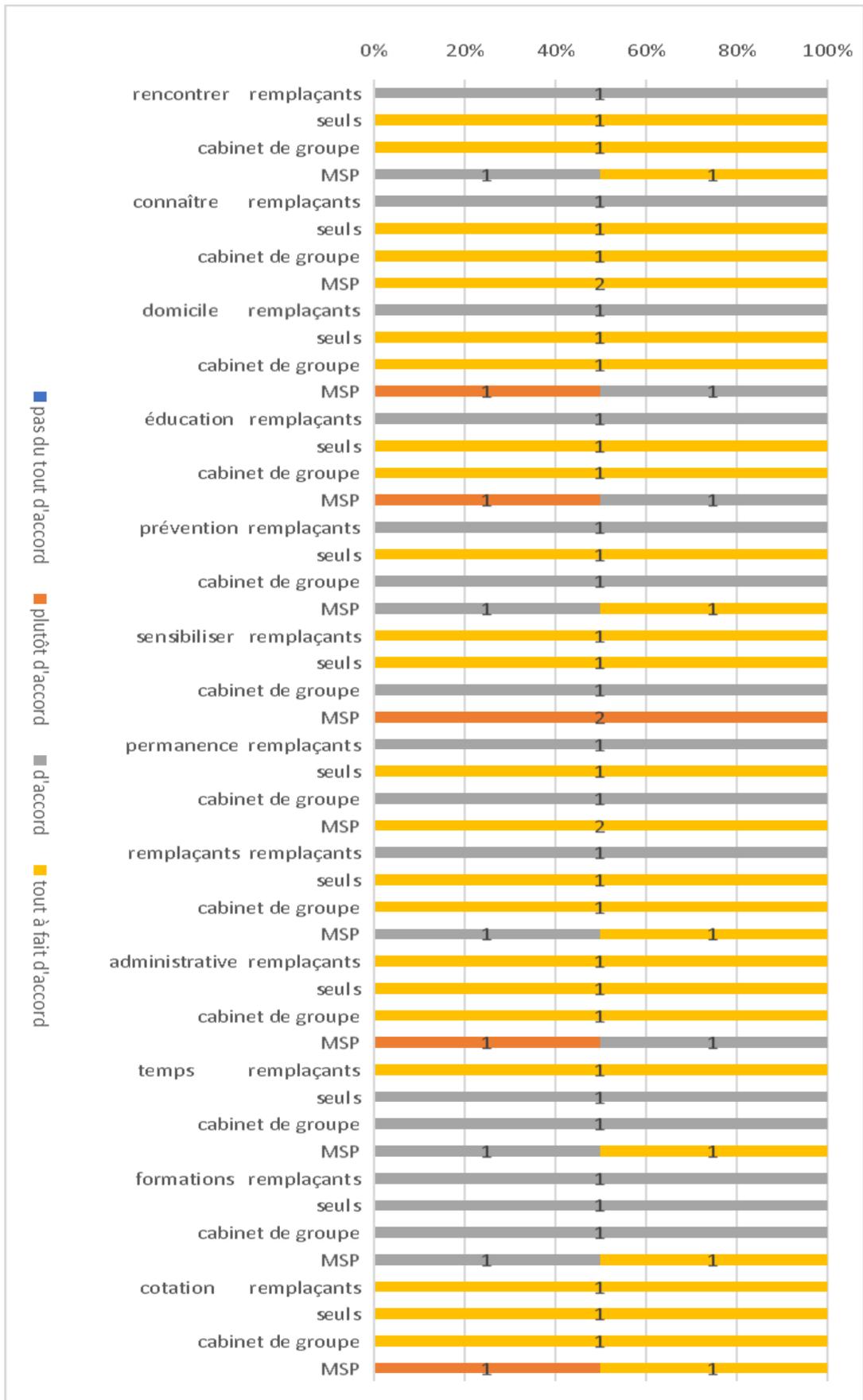


Figure 12- Résultats des 40-50 ans selon le mode d'exercice

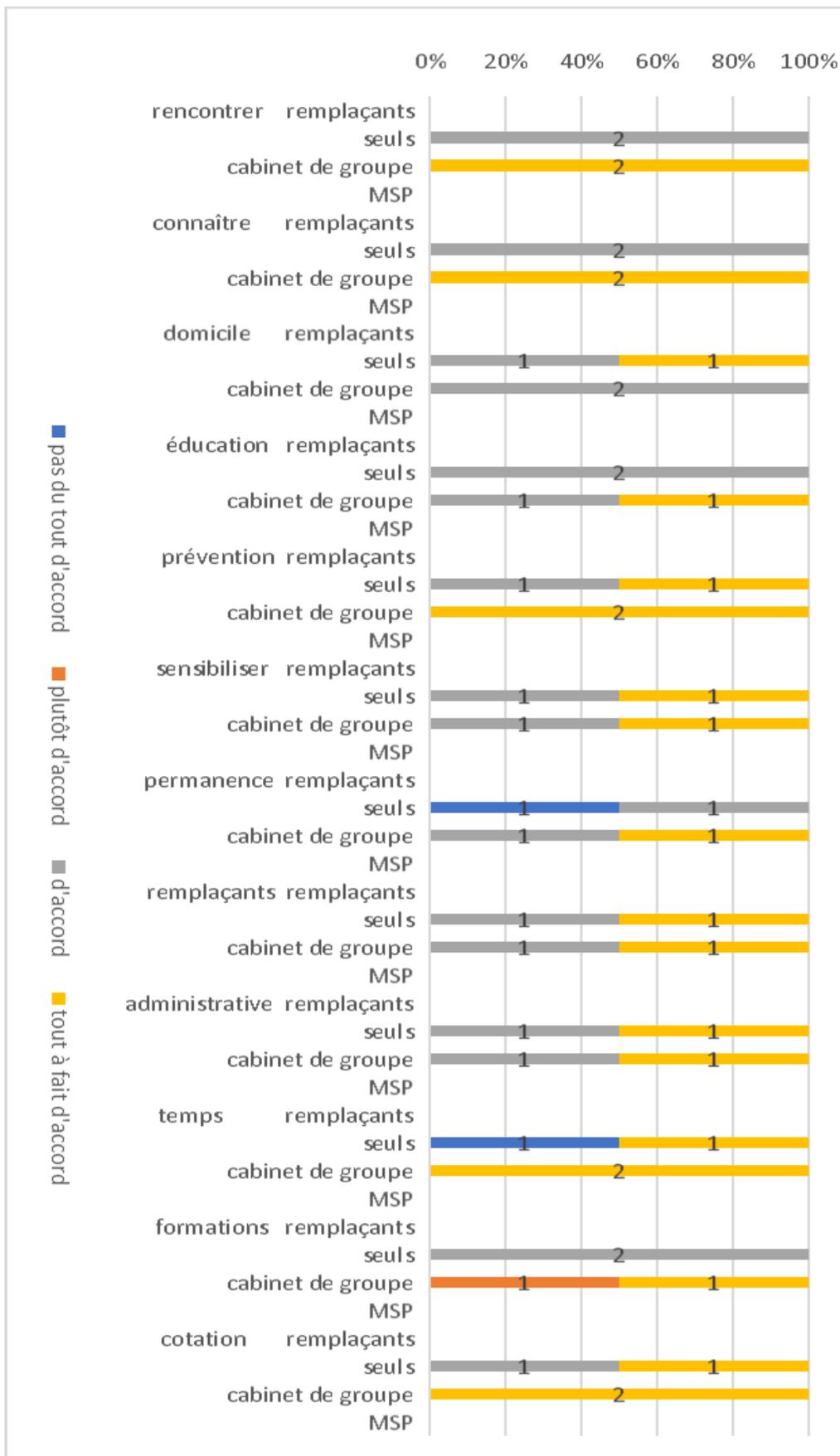


Figure 13- Résultats des 51-60 ans selon le mode d'exercice

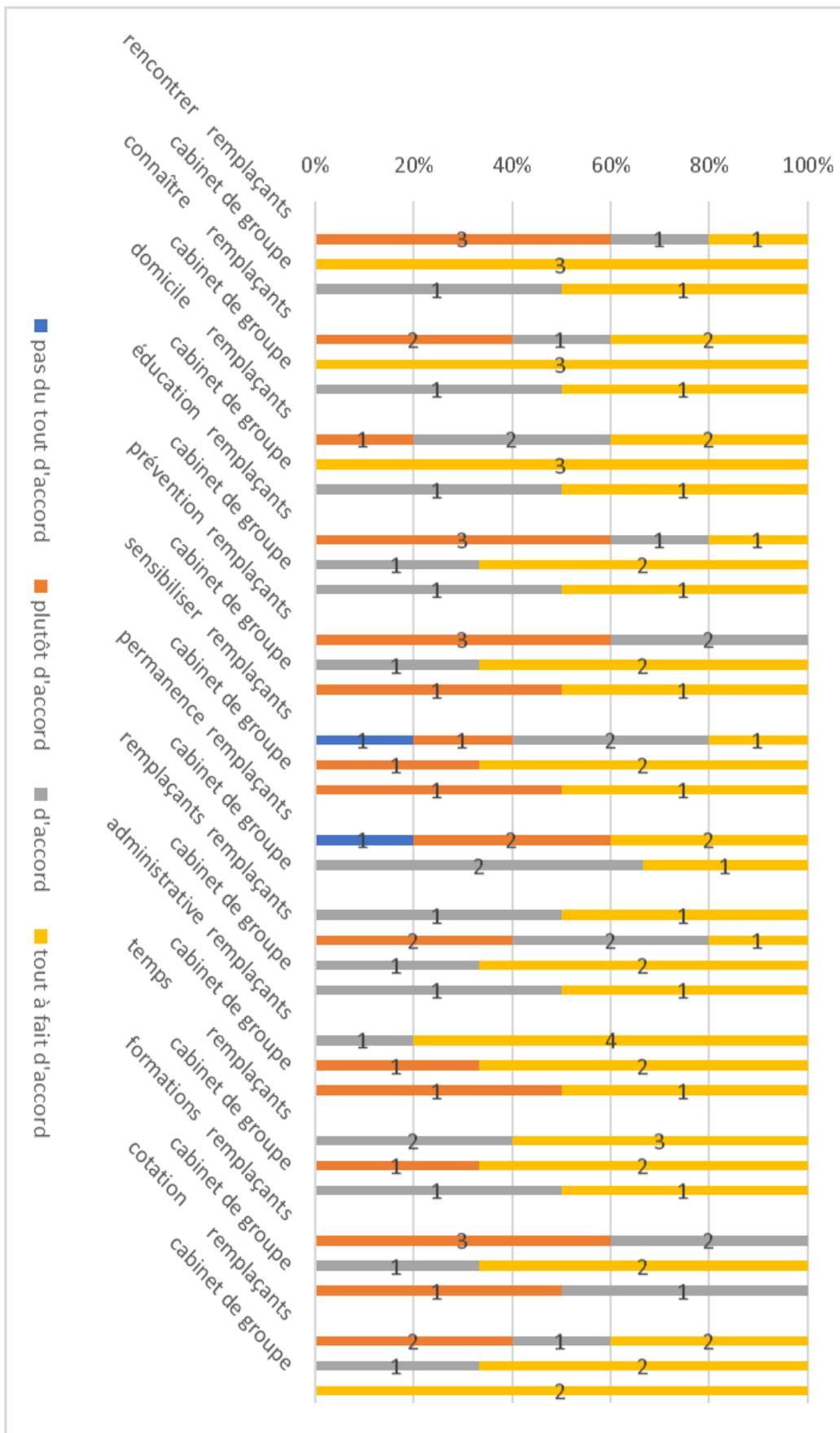


Figure 14- Résultats des plus de 60 ans selon le mode d'exercice

15. Résultats selon l'âge et la durée d'exercice

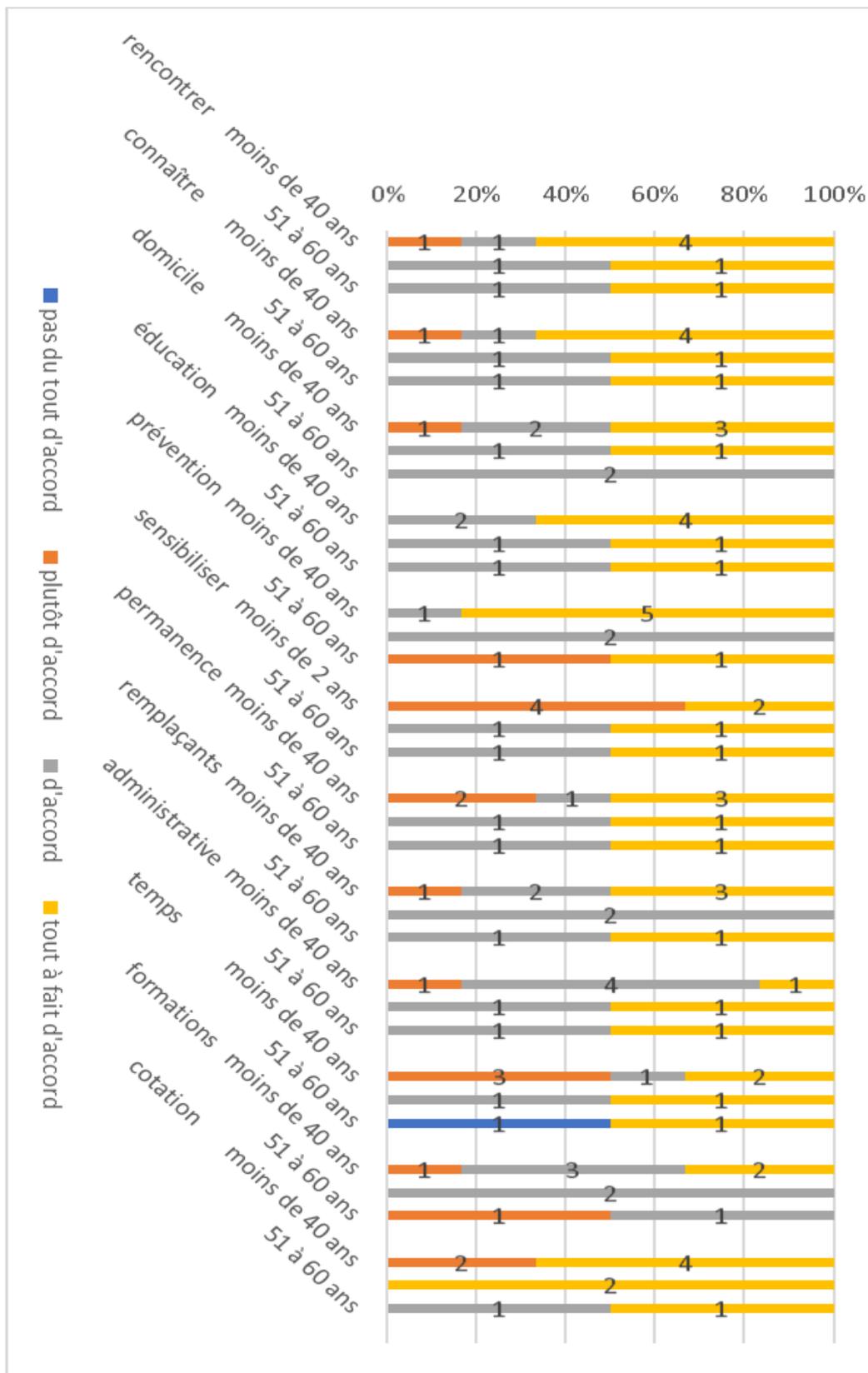


Figure 15- Résultats des médecins exerçant depuis 2 ans ou moins sur le territoire selon la classe d'âge

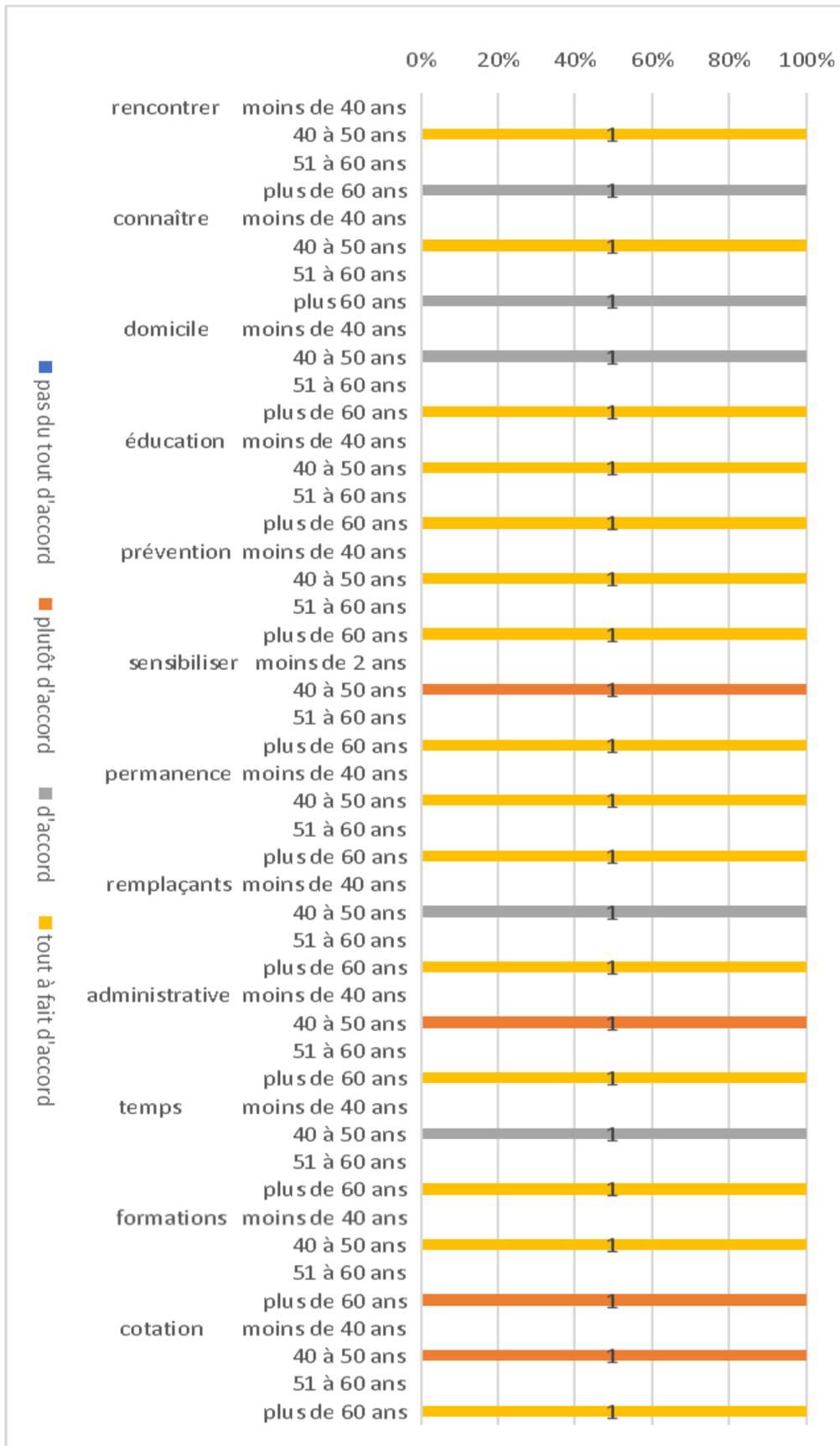


Figure 16- Résultats des médecins exerçant depuis 3-10 ans sur le territoire selon la classe d'âge

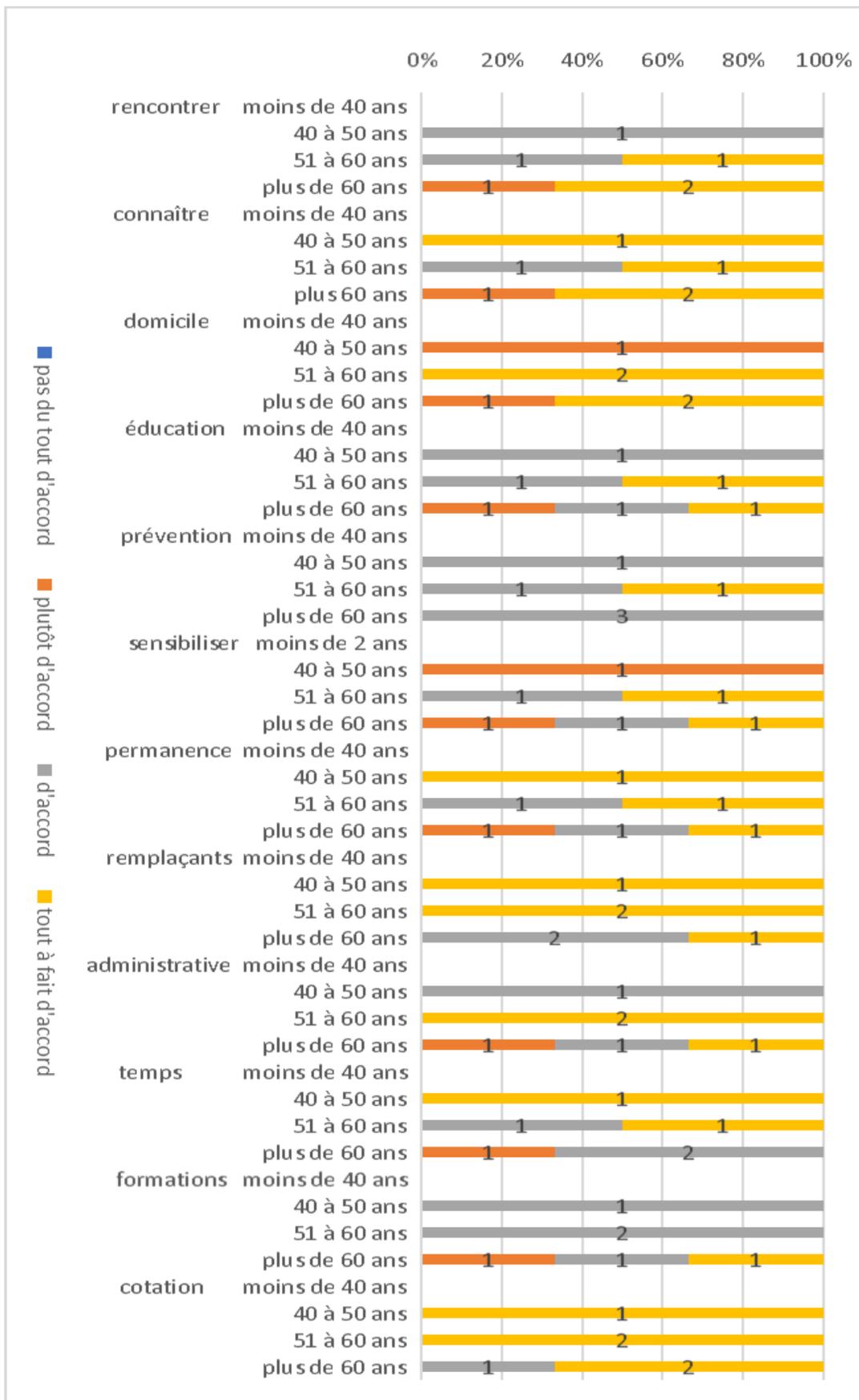


Figure 17- Résultats médecins exerçant depuis 11-20 ans sur le territoire selon la classe d'âge

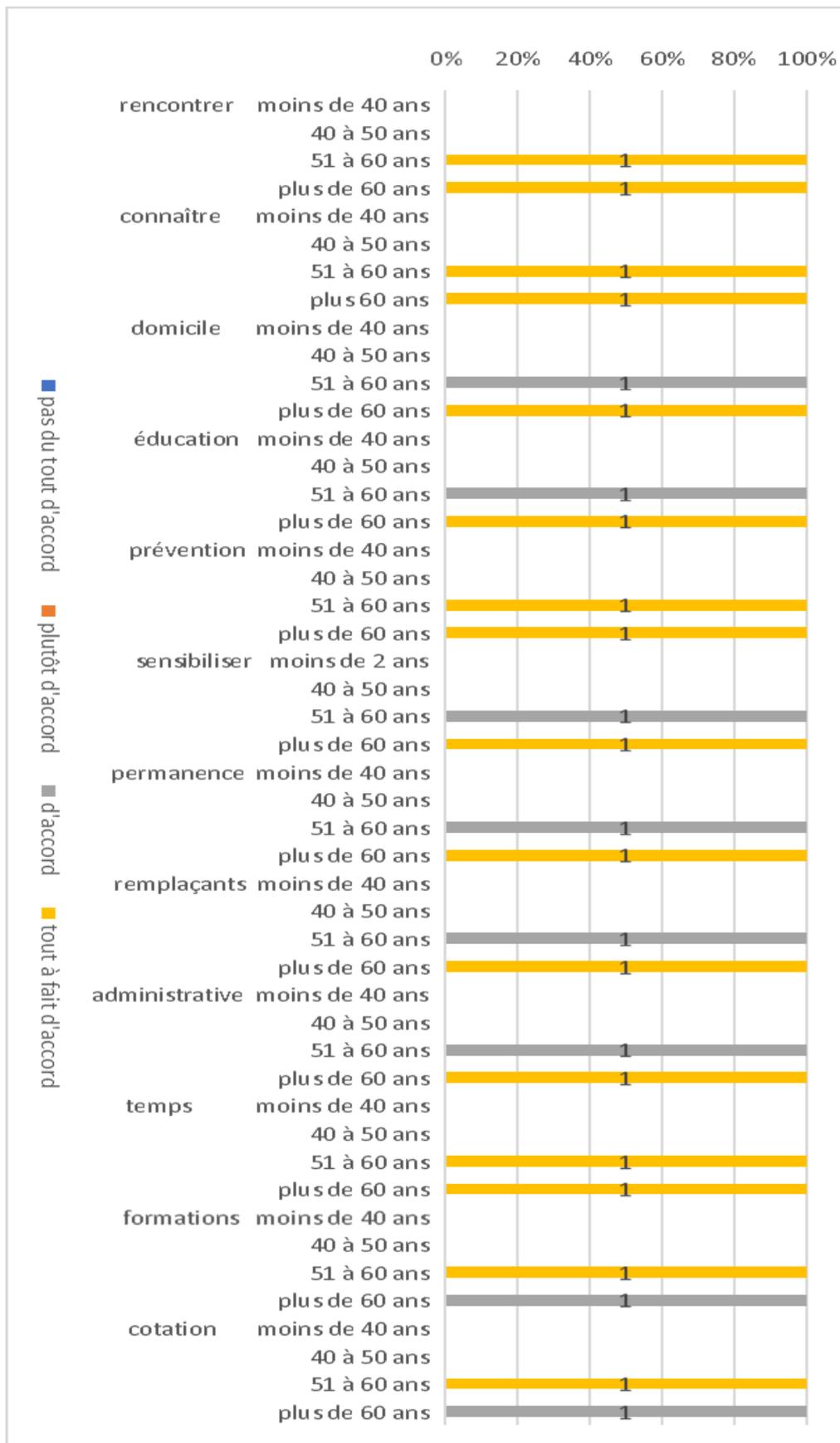


Figure 18- Résultats des médecins exerçant depuis 21-30 ans sur le territoire selon la classe d'âge

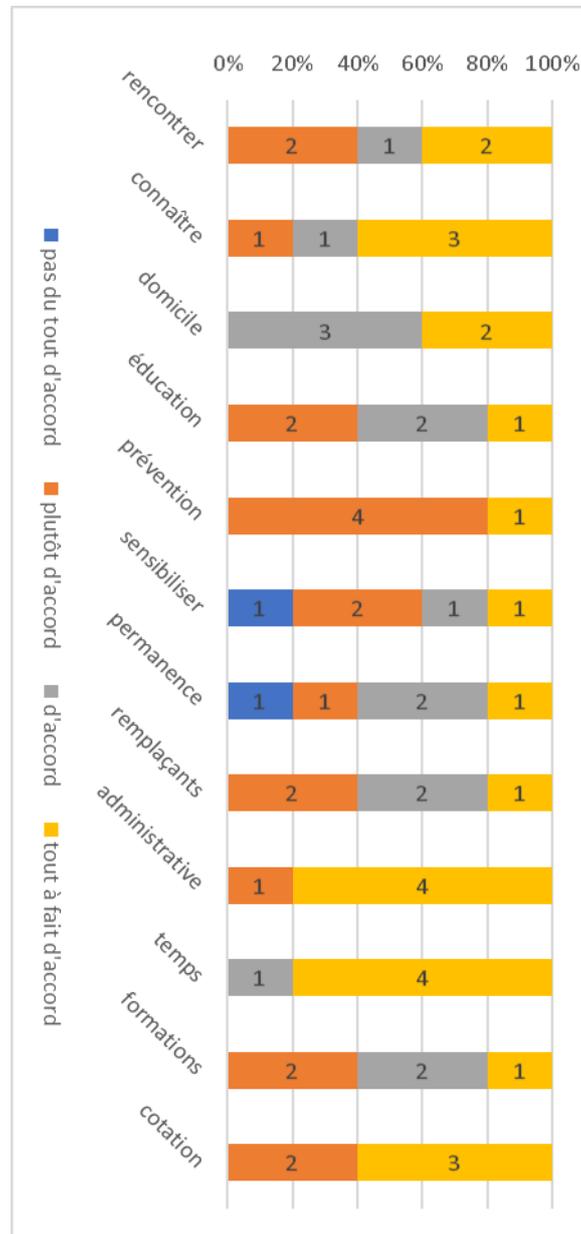


Figure 19- Résultats des médecins exerçant depuis plus de 30 ans sur le territoire selon la classe d'âge, médecins de plus de 60 ans

Tous les médecins qui exerçaient depuis plus de 30 ans sur le territoire avaient plus de 60 ans.

16. Résultats selon l'âge et la collaboration avec une infirmière ASALEE

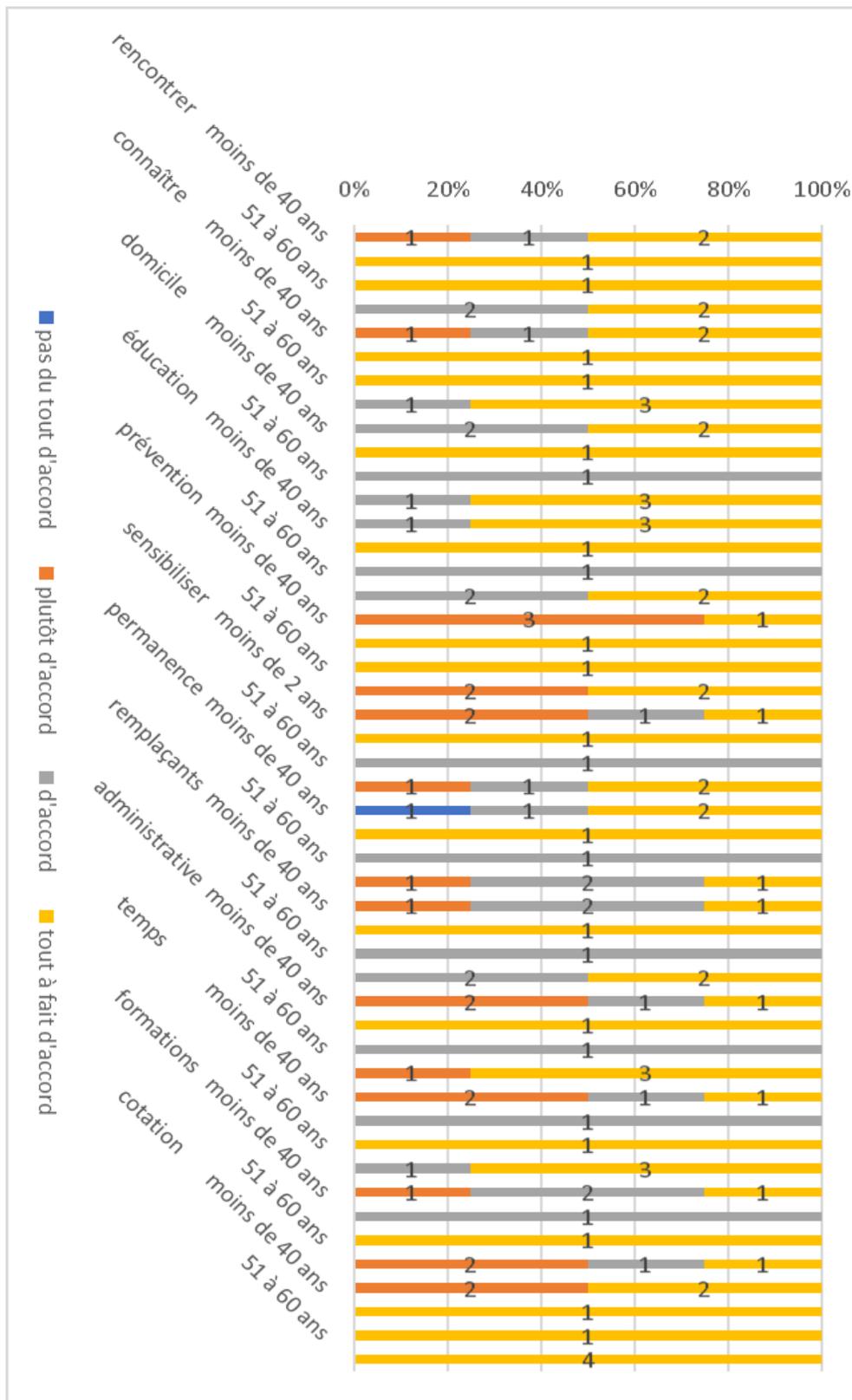


Figure 20- Résultats selon la classe d'âge et la collaboration avec une infirmière ASALEE

17. Résultats selon l'âge et la maîtrise de stage universitaire.

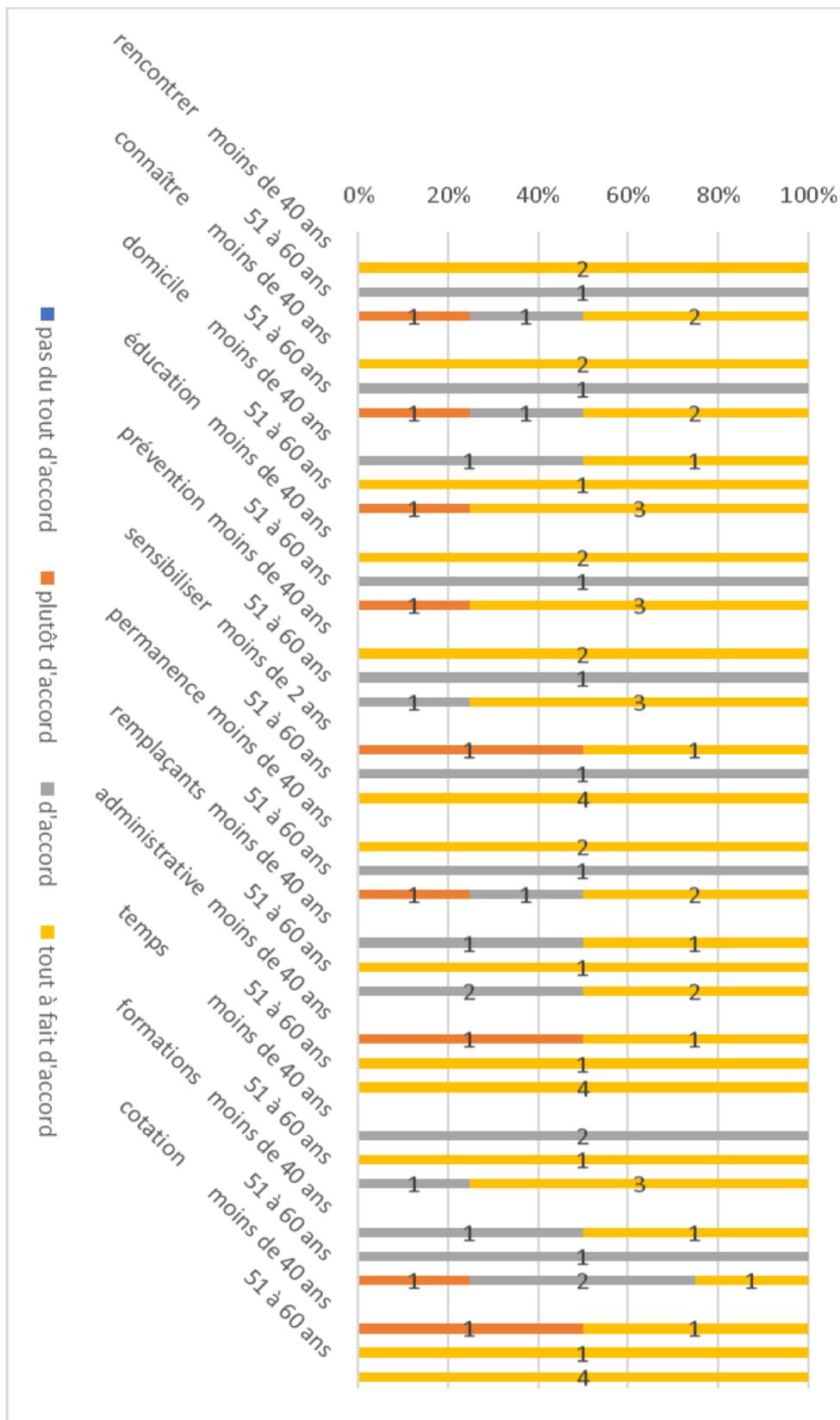


Figure 21- Résultats selon la classe d'âge et la maîtrise de stage

18. Résultats selon le genre et le mode d'exercice

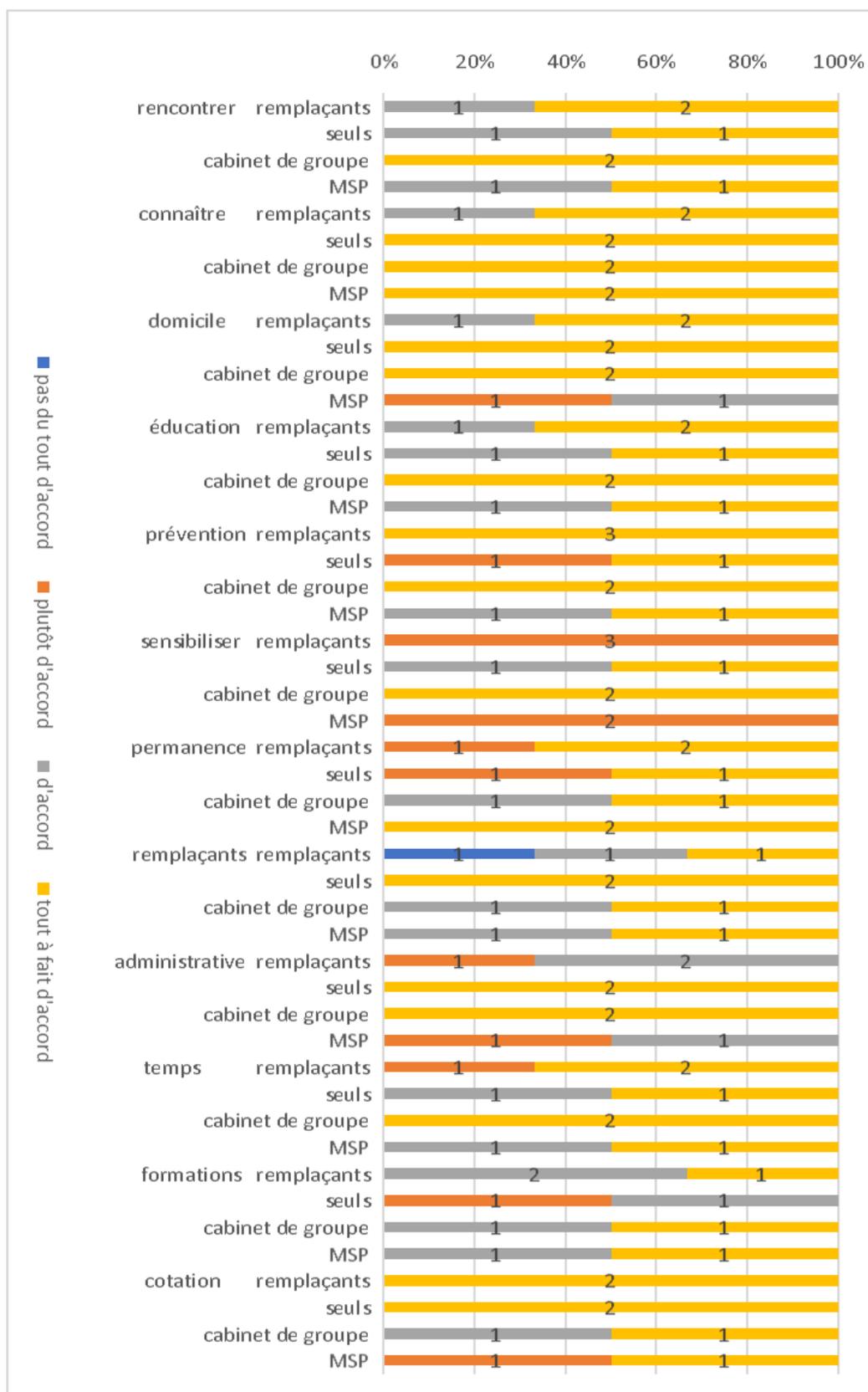


Figure 22- Médecins femmes selon le mode d'exercice

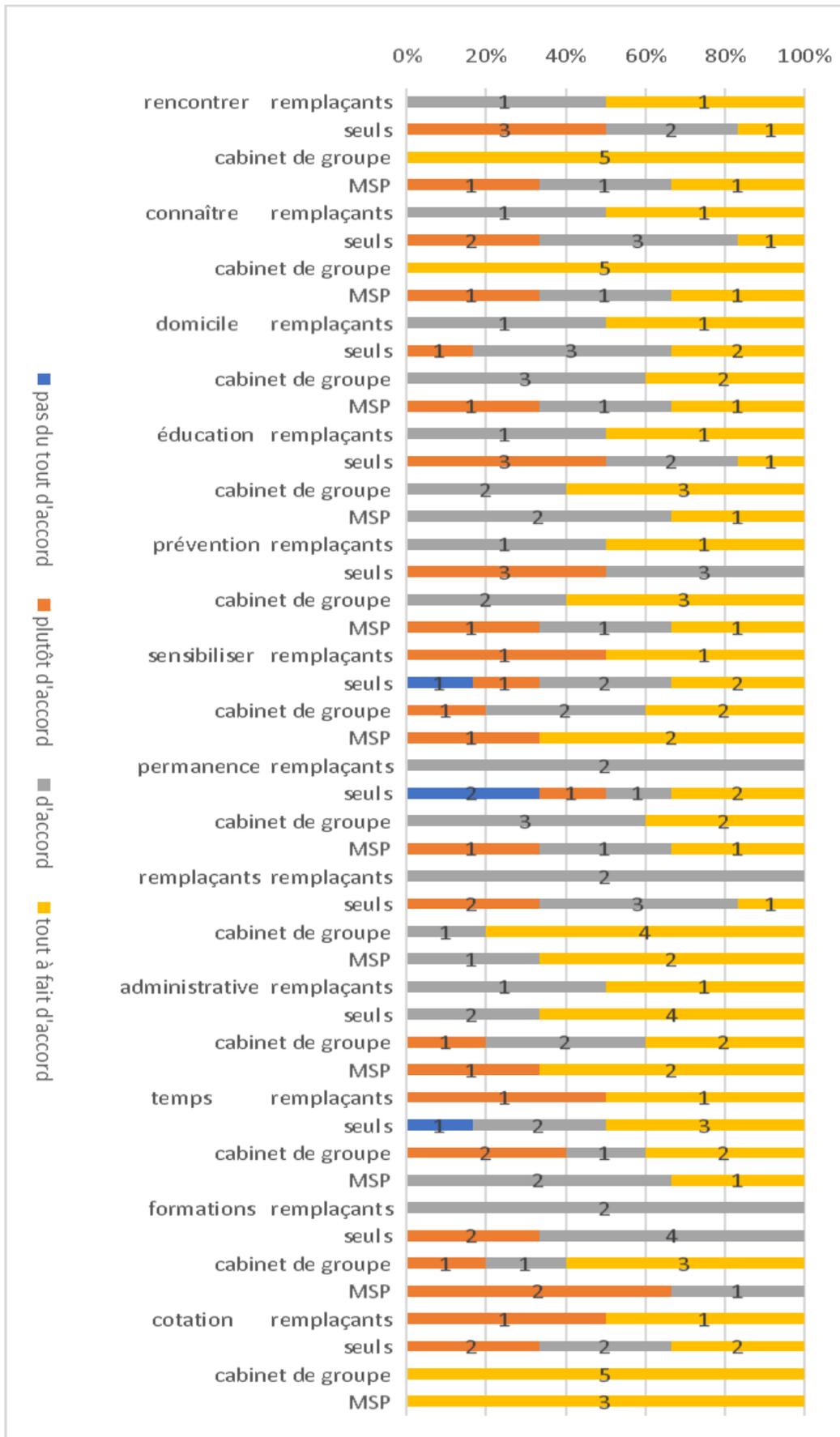


Figure 23- Médecins hommes selon le mode d'exercice

19. Résultats selon le genre et la durée d'exercice

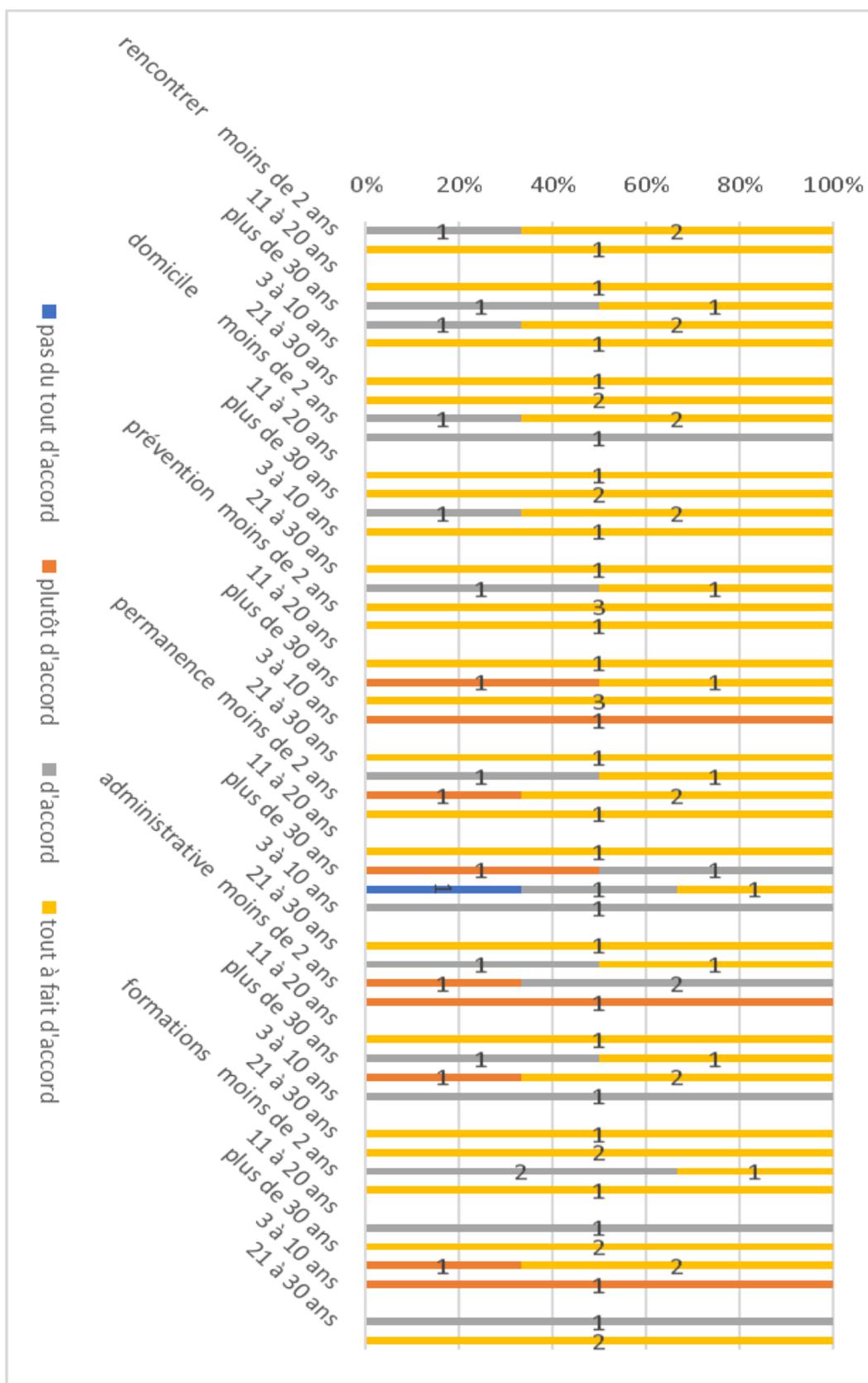


Figure 24- Médecins femmes et durée d'exercice sur le territoire

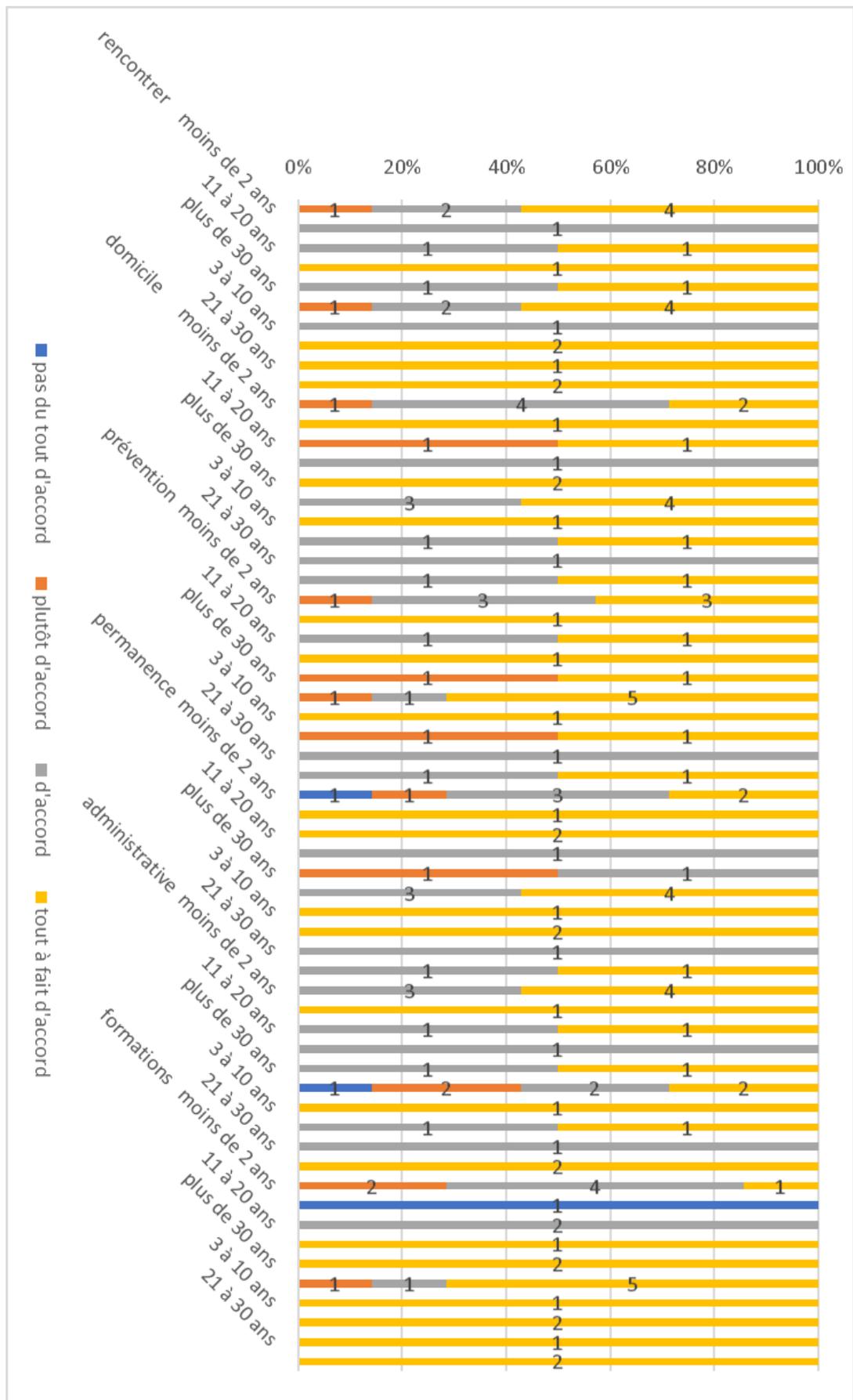


Figure 25- Médecins hommes et durée d'exercice sur le territoire

20. Résultats selon le genre et la collaboration avec une infirmière ASALEE

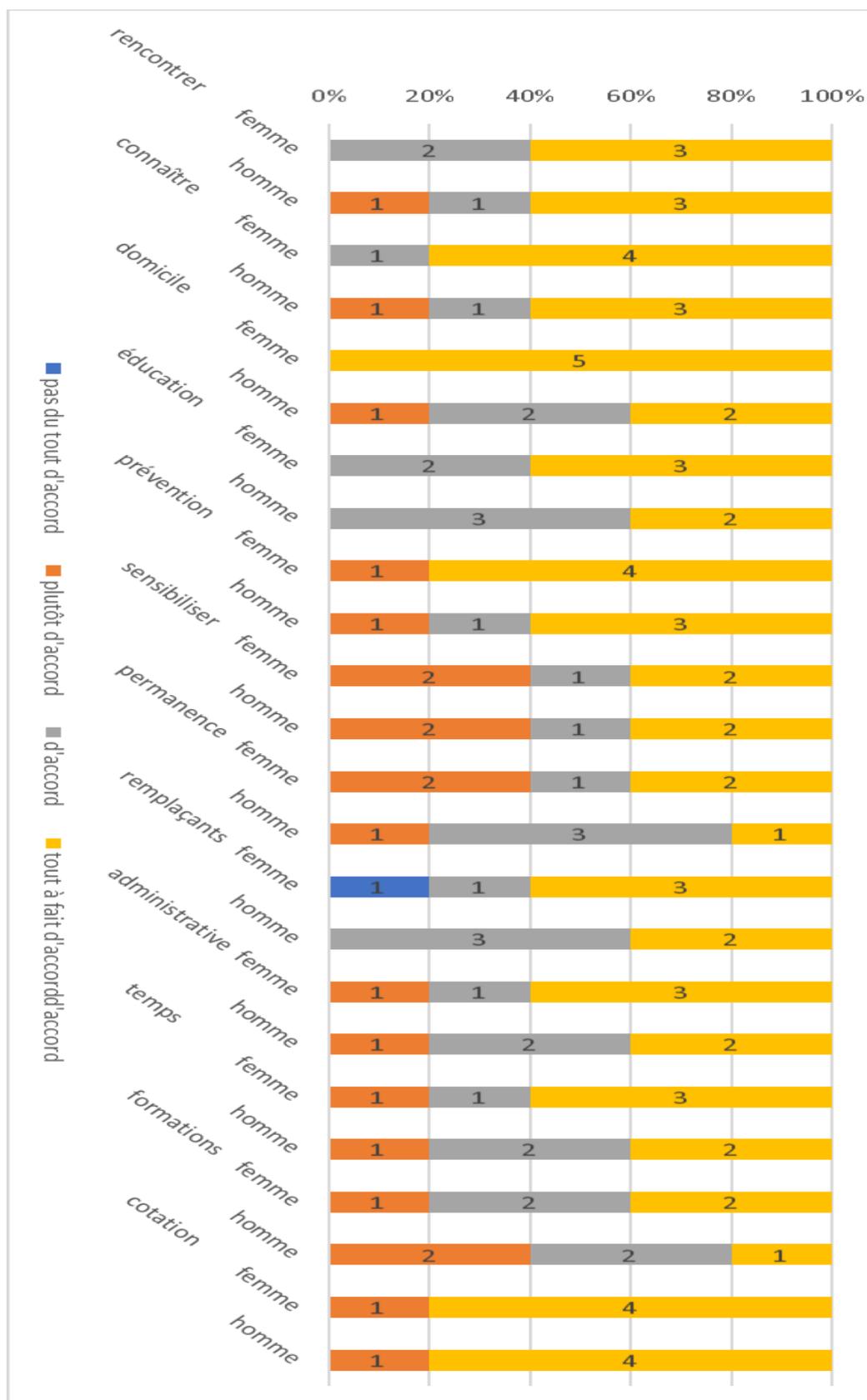


Figure 26- Genre et collaboration avec une infirmière ASALEE

21. Résultats selon le genre et la maîtrise de stage universitaire

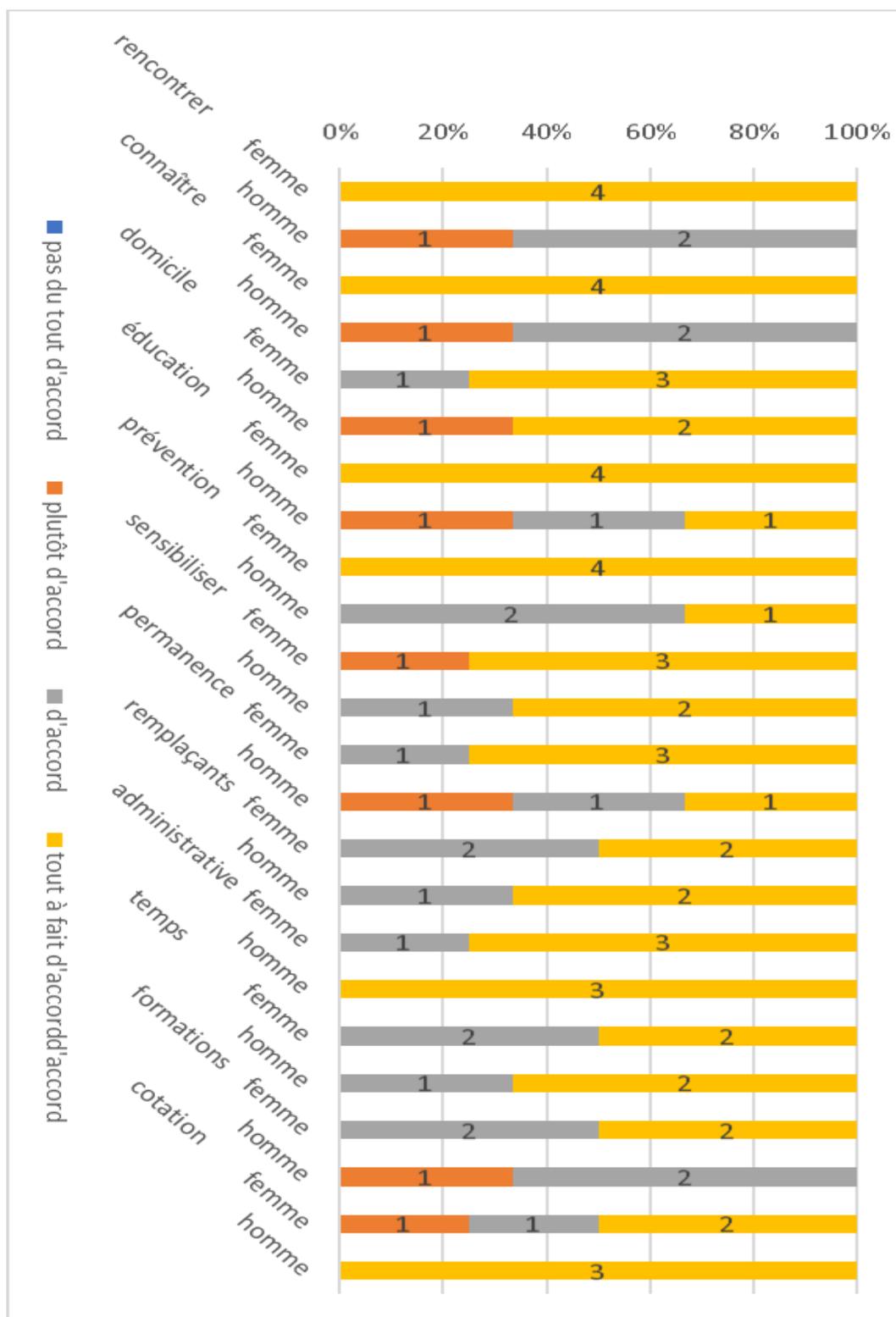


Figure 27- Genre et maître de stage universitaire

22. Résultats selon la durée d'exercice et le mode d'exercice

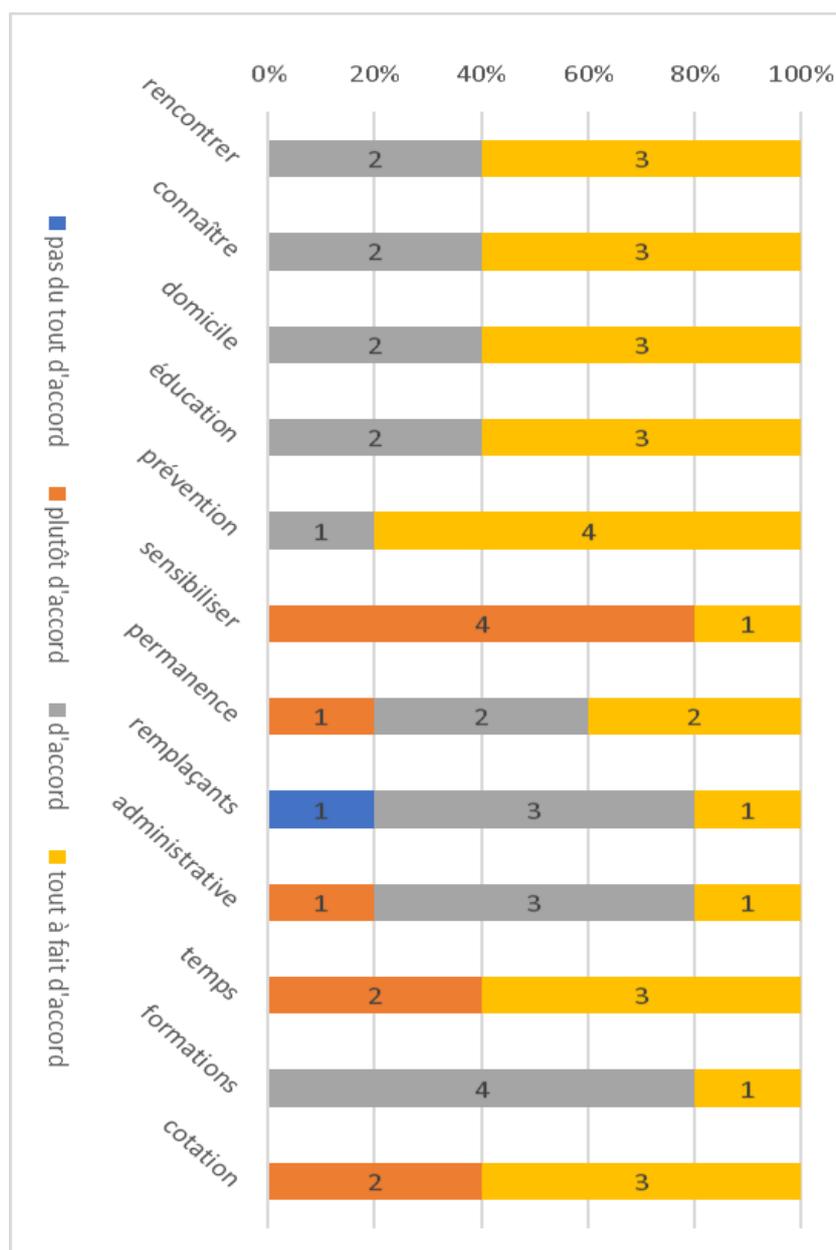


Figure 28- Remplaçants et durée d'exercice sur le territoire, depuis 2 ans ou moins

Tous les remplaçants exerçaient depuis 2 ans ou moins sur le territoire.

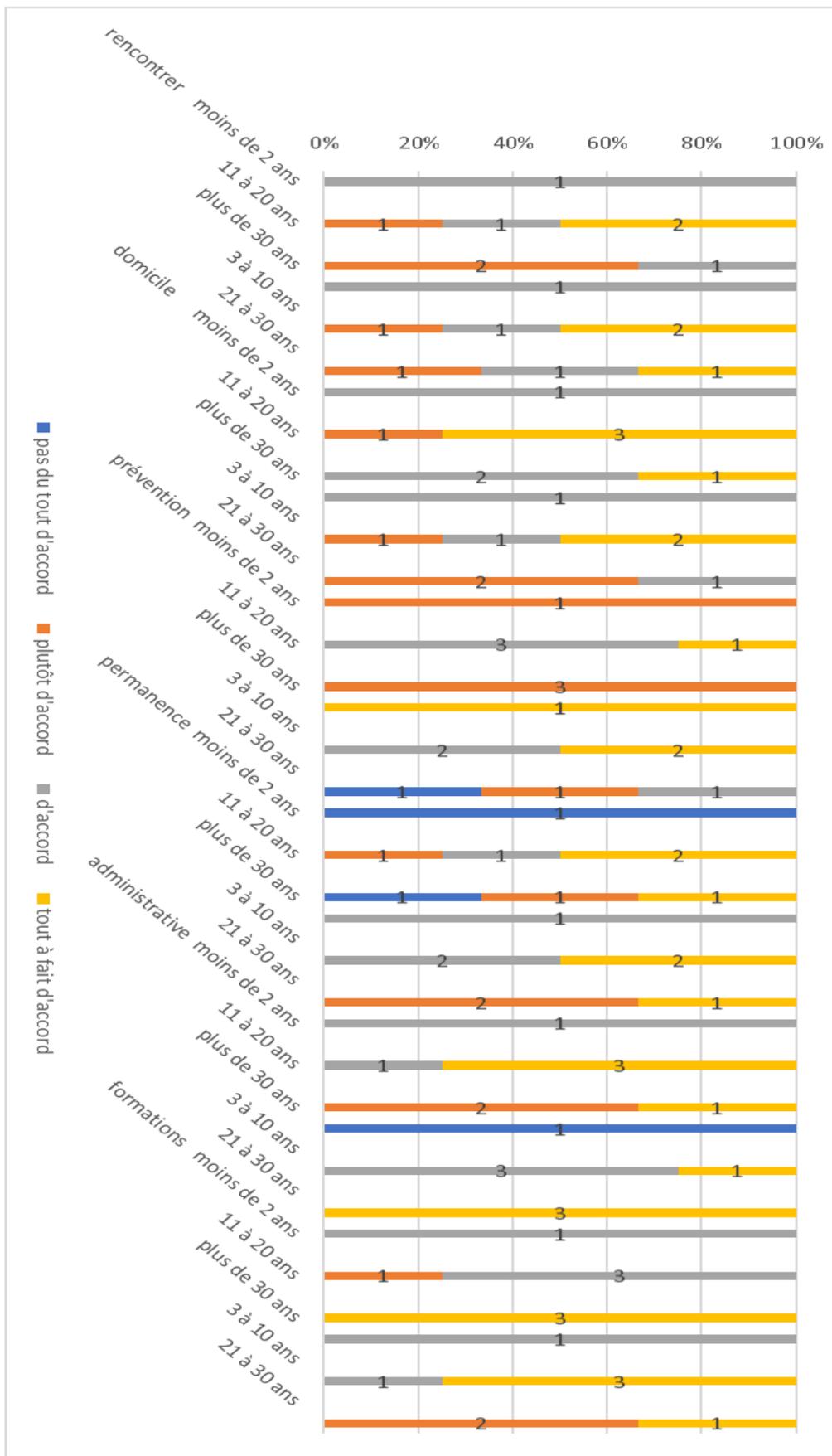


Figure 29- Médecins exerçant seuls selon la durée d'exercice sur le territoire

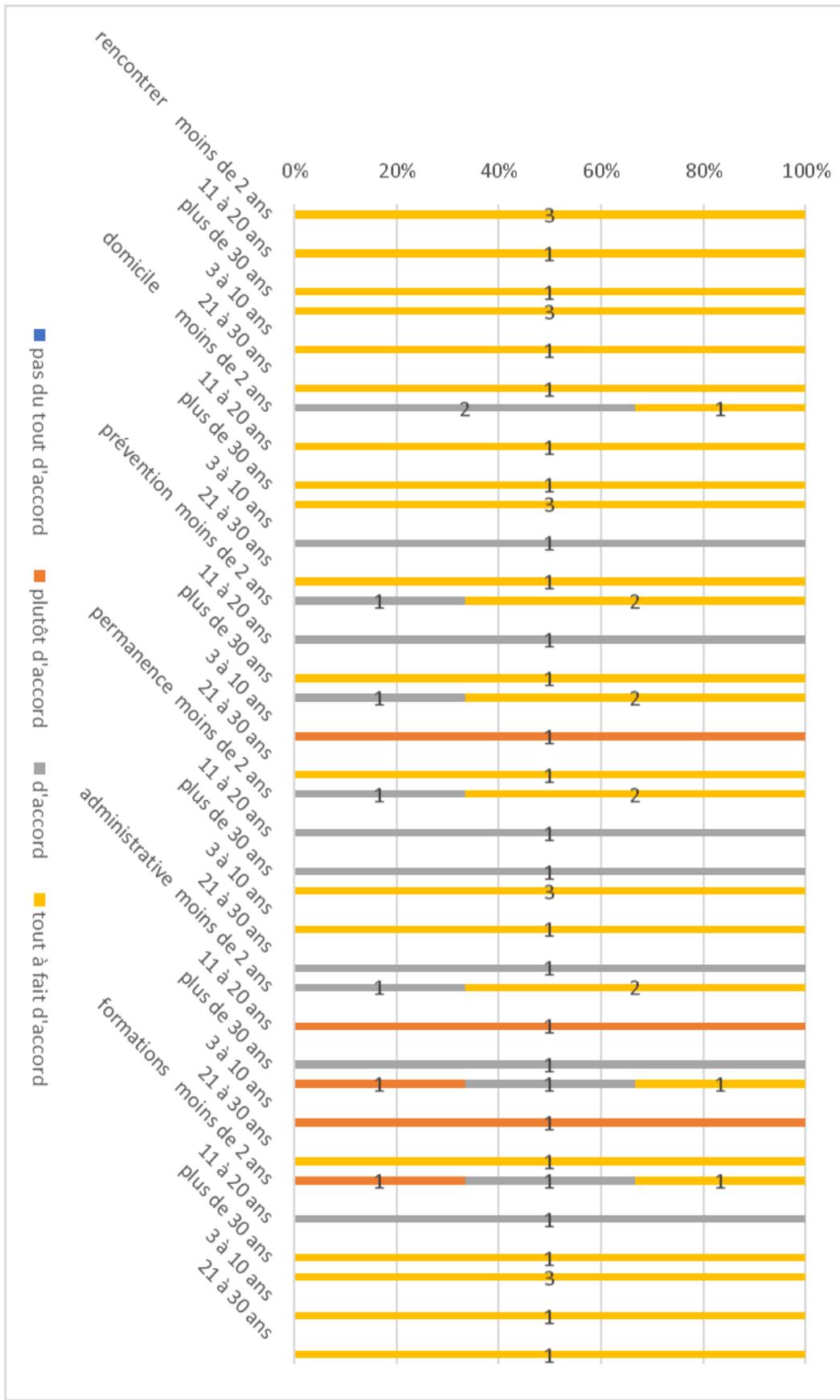


Figure 30- Médecins exerçant en cabinet de groupe selon la durée d'exercice sur le territoire

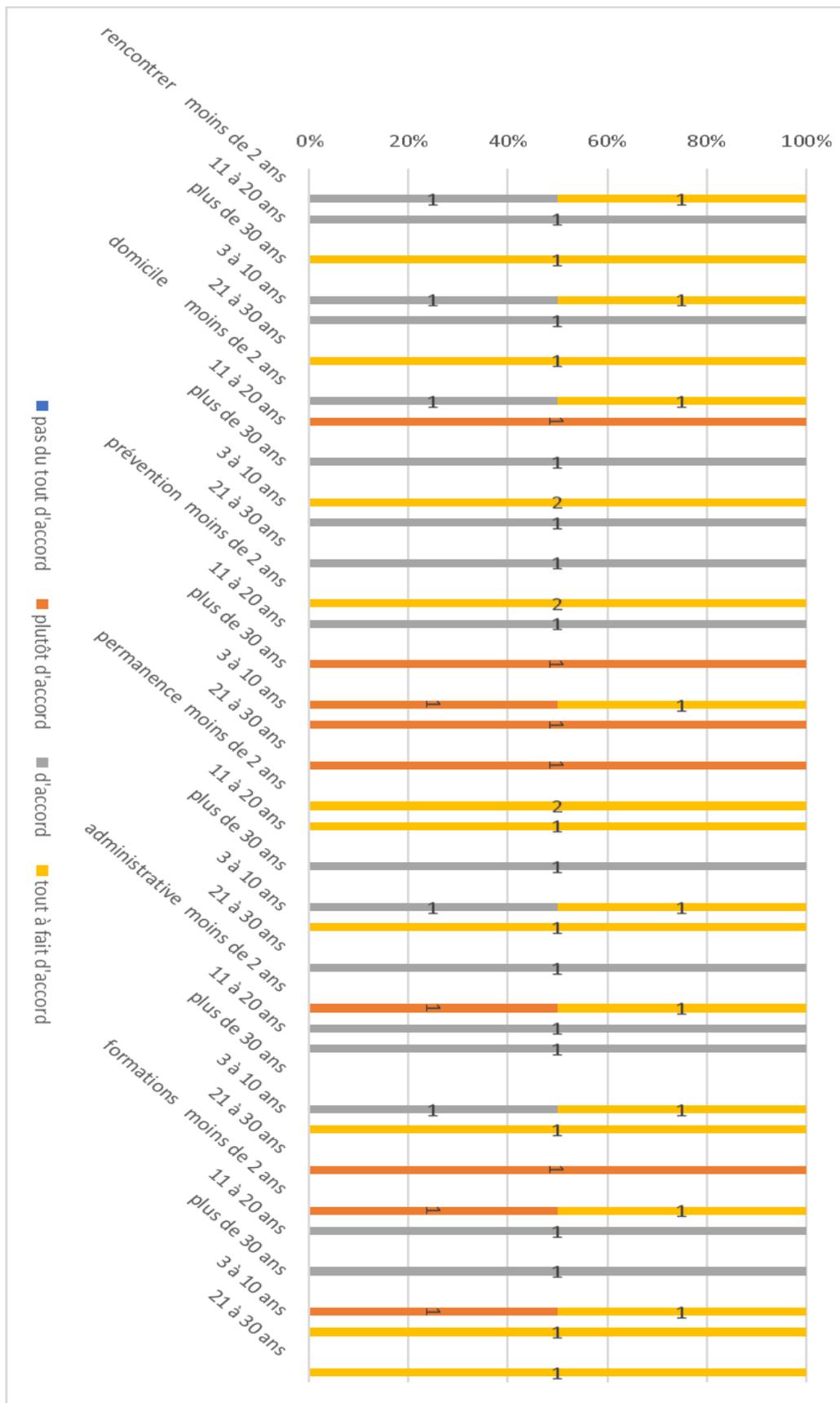


Figure 31- Médecins exerçant en MSP selon la durée d'exercice sur le territoire

23. Résultats selon la durée d'exercice et la collaboration avec une infirmière ASALEE

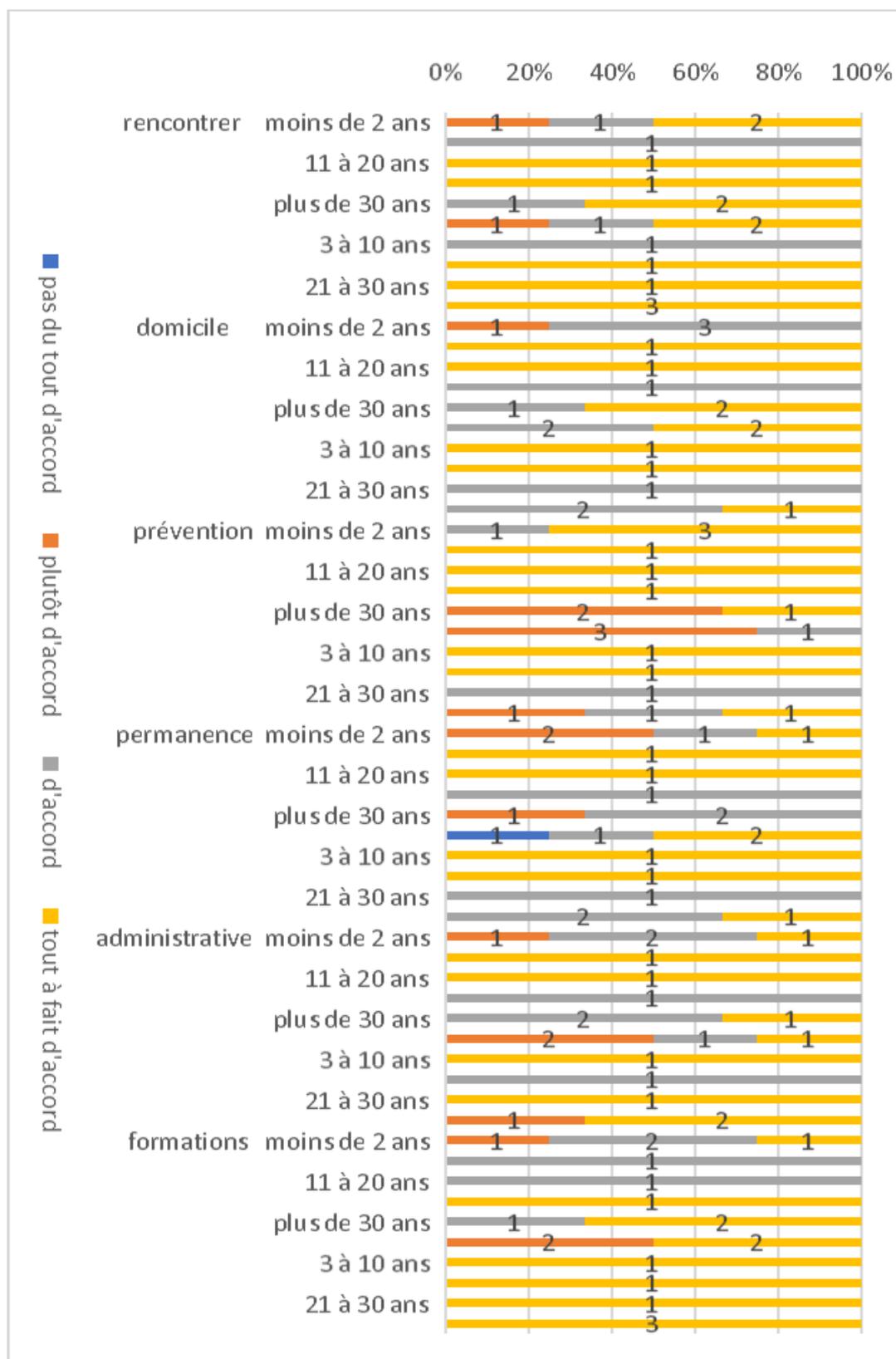


Figure 32- Collaboration ASALEE selon la durée d'exercice sur le territoire

24. Résultats selon la durée d'exercice et la maîtrise de stage universitaire

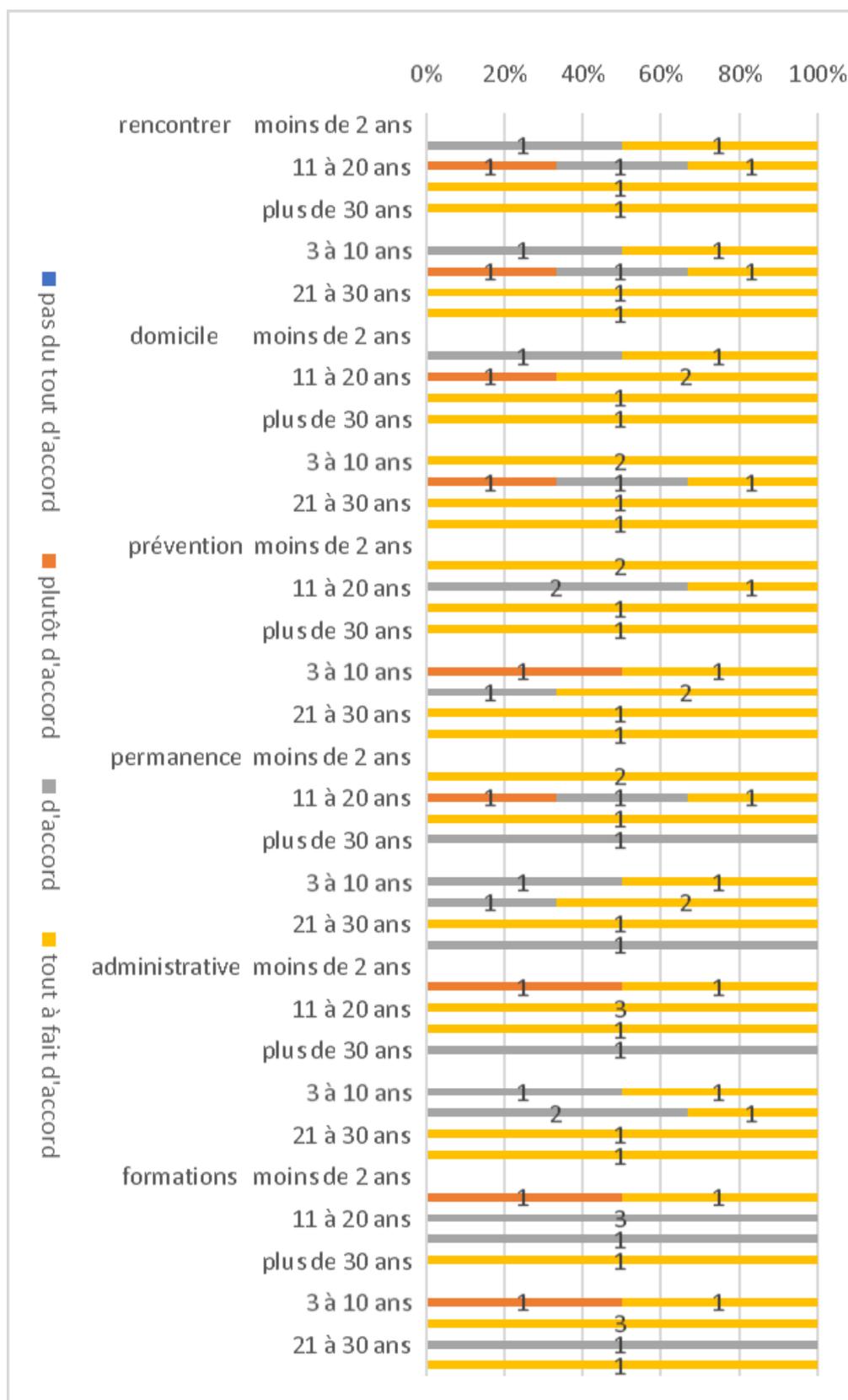


Figure 33- Maîtrise de stage selon la durée d'exercice sur le territoire

DISCUSSION

L'étude présentait un biais lié à la faible population du panel, avec seulement 25 MG, d'où une faible puissance statistique, avec une limite à l'analyse des résultats. Néanmoins, le faible nombre de MG sollicités et le territoire peu étendu nous ont permis de les relancer soit par téléphone, soit en allant à leur rencontre et nous avons obtenu 100% de réponses. Nous avons également utilisé des questions fermées afin de faciliter la réponse des MG interrogés et de favoriser le taux de participation. Un item « des choses à ajouter » a été proposé en fin de questionnaire afin de permettre d'exprimer des oublis, des questionnements ou des précisions. Cette option a été peu utilisée par les MG (3 sur 25). La liste des besoins du questionnaire proposé semblait donc exhaustive à la majorité des médecins interrogés.

Cette étude est originale. Elle a pour objectif de dresser un état des lieux des besoins des MG libéraux de l'île d'Oléron pour faciliter leur exercice et améliorer la prise en charge des patients. Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur ce territoire. Les MG présentaient une bonne adhésion aux besoins proposés, avec un taux de réponses positives autour de 75% pour chaque item. Le recueil des besoins au sein de la littérature semble donc avoir été quasi exhaustif.

Les MG de l'île d'Oléron exprimaient le besoin de rencontrer les professionnels de santé, de les connaître et les reconnaître et d'obtenir de l'aide pour le maintien à domicile. La thèse de T. Dumont (61) étudie les relations entre les professionnels de santé d'un territoire d'Ile-de-France. Les MG jugent leur communication sans difficulté mais perfectible. 63% des MG déclarent ne pas connaître les coordonnées des autres médecins, ni les actes qu'ils pratiquent. Ils souhaitent également avoir un retour lorsqu'ils adressent un patient, ce qui n'est pas systématique. Les MG expriment le souhait de connaître leurs interlocuteurs afin d'améliorer leur communication. Ils proposent de mettre en place des rencontres et des formations interprofessionnelles afin de créer des projets interprofessionnels. Le travail de recherche de N. Ben Saad Azim (62) traite des pratiques des MG pour le maintien à domicile des personnes âgées. Les questions relationnelles et éthiques rendent compliquées la prise en charge de ces personnes. Il est d'autant plus difficile de mettre en œuvre des mesures de maintien à domicile que cela demande du temps et de la coordination. Le réseau gérontologique est indispensable au maintien à domicile le plus longtemps possible du sujet âgé. Il est nécessaire de connaître et de reconnaître les capacités de l'ensemble des intervenants. Dans notre étude, la présence de 10 MG exerçant depuis 2 ans ou moins sur le territoire pourrait

expliquer ce besoin de se rencontrer et de se connaître. Rencontrer les autres professionnels de santé et le réseau associatif pourrait aider les MG dans le maintien à domicile de leurs patients.

Les MG souhaitaient développer l'éducation thérapeutique. Dans la thèse de B. Train (63), il est rappelé que l'éducation thérapeutique des patients (ETP) est un réel enjeu de santé publique. L'étude réalisée montre une trop faible sollicitation des programmes d'ETP par les MG. Des causes à ce manque de sollicitations sont dégagées : méconnaissance du concept d'ETP et de l'offre locale de programme d'ETP, confusion entre ETP et éducation à la santé, difficultés de communication avec les réseaux d'ETP, manque de temps des MG pour un acte particulièrement chronophage. Malgré ces freins, les MG ont un réel intérêt pour l'ETP et souhaitent se former et participer à l'éducation du patient. Pour répondre aux problèmes rencontrés, il est proposé d'inclure au cursus universitaire une formation en ETP, de fournir un livret détaillant l'offre locale aux MG, ou encore de développer une campagne d'information. Une cotation spéciale est proposée afin de permettre aux MG de dégager du temps pour réaliser eux-mêmes l'ETP s'ils le souhaitent. Le territoire Oléronais étant très touristique, il pourrait être difficile pour les MG de dégager eux-mêmes du temps pour l'ETP. Augmenter le nombre d'infirmières ASALEE permettrait de développer l'ETP pour la population de l'île en économisant du temps médical.

Les MG travaillant en collaboration avec une infirmière ASALEE ressentaient davantage le besoin de développer l'éducation thérapeutique et les missions de prévention auprès de leur patientèle. Selon une thèse de 2020 (53) sur le ressenti des MG sur le protocole ASALEE, les MG travaillant avec une infirmière ASALEE y voient de nombreux avantages. La transversalité et l'intégration d'autres professionnels de santé leur permettent de développer et d'optimiser le travail en équipe pluriprofessionnelle de santé. Cela nous ramène au besoin de se rencontrer, se connaître, se reconnaître mais également de communiquer. La rédaction de protocoles doit se faire en collaboration avec les professionnels qui interviendront auprès des patients (kinésithérapeute, infirmiers libéraux, diététicienne, psychologue...). La délégation de l'éducation thérapeutique des patients dans le cadre de pathologies chroniques définies apporte un gain de temps au MG : du temps de consultation ou encore du temps libre. Les MG ressentent un manque de formation concernant l'éducation thérapeutique, qui se limite bien souvent à l'apport théorique reçu pendant leur formation. Ils souhaitent suivre les 40 heures de formation ASALEE mais déplorent un manque de temps pour se former. La relation médecin-patient est également améliorée. Les MG ont indiqué avoir une relation avec le patient moins centrée sur la pathologie chronique, notamment du fait du suivi et du dépistage de qualité réalisé par

l'infirmière ASALEE. Les conseils répétés aux patients sous forme descendante, semblant rester sans résultat, sont frustrants pour ces MG. Cela rejoint le souhait de formation à l'éducation thérapeutique des MG. Enfin, l'éducation thérapeutique et la prévention diminuent la prescription de médicaments, améliorent la clinique et la biologie des patients. D'autres travaux de recherche plus anciens de 2011 et 2015 (55 et 54) viennent appuyer certaines de ces données. La mise en place de missions de prévention ainsi que le développement de l'éducation thérapeutique amèneraient donc les médecins à les développer encore davantage.

La réduction de la charge administrative était sollicitée par une majorité des MG, hormis les remplaçants. Dans la thèse de Q. Alepee (64), le temps consacré aux tâches administratives est d'environ 4 heures hebdomadaires, et peut aller jusqu'à 6,5 heures. 31% des médecins généralistes sont touchés par l'épuisement professionnel en lien avec les contraintes administratives. Ces contraintes concernent la gestion du cabinet (comptabilité, commande de matériel), la gestion des dossiers des patients ou encore les activités médico-légales ou sociales. Elles sont résumées à l'ensemble des tâches qui ne sont pas des soins prodigués aux patients. Cette charge administrative entraîne une réticence des jeunes MG à s'installer alors même que la démographie médicale décline. Plusieurs propositions sont faites pour aider à réduire cette charge et inciter les installations : choisir son mode d'exercice, l'activité de groupe permettant une mutualisation de certains actes et la mise en place d'un secrétariat, s'informatiser, sensibiliser sa patientèle pour une relation médecin-patient saine et efficace, savoir s'entourer de prestataires tel qu'un comptable. Bien que l'ensemble des MG libéraux soit soumis à des charges administratives, tous ne les vivent pas de la même façon. Dans notre travail, les MG exerçant seuls étaient le plus favorables à la baisse de la charge administrative. Les MG remplaçants en ressentent beaucoup moins le besoin. Même si l'exercice en groupe soulage les MG de la charge administrative (64), ce besoin était encore bien présent pour les MG exerçant en cabinet de groupe et en MSP. Le développement des assistants de cabinets médicaux pourrait permettre aux MG de leurs confier des missions afin de se libérer du temps. Ces missions peuvent être administratives (accueil, création et gestion du dossier patient), autour du temps de consultation (prise des constantes, déshabillage, mise à jour du dossier), ou de l'organisation et de la coordination avec les acteurs intervenant dans la prise en charge du patient (43).

Un des besoins recevant le moins de réponses favorables était la participation à plus de formations. Dans la thèse de M. Trinh (60), les MG expriment le besoin de formation comme

un sentiment d'obligation déontologique, bien que légal. Il fait un état des lieux des freins à la formation chez les MG, le principal étant le temps. Les MG interrogés privilégient le temps personnel, médical ou administratif au temps de formation. Ils expriment aussi un manque de motivation lié à la fatigue, à une lassitude. La situation sanitaire actuelle a pu accentuer le frein de la disponibilité des MG libéraux pour la formation, ce qui expliquerait que le besoin de formation identifié dans des études antérieures n'ait pas été retrouvé lors de notre travail.

Un des besoins recevant une forte adhésion, était l'amélioration de la cotation des actes chronophages. La thèse de B. Watrin (65) étudie le comportement des MG concernant la cotation des actes médicaux. L'assurance maladie rapporte une faible utilisation des différentes cotations par les MG. Les MG ont été directement interrogés au sujet de la cotation. Ils expriment une valorisation de la spécialité, une valorisation intellectuelle, une activité diversifiée ainsi qu'une revalorisation financière. Les freins à l'utilisation de ces cotations sont la complexité de la nomenclature, une utilisation trop chronophage, une majoration de la charge administrative, une dégradation de la relation avec le patient et des logiciels trop complexes. Ces difficultés d'utilisation pourraient s'appliquer également aux médecins de notre territoire. Pourtant les syndicats de MG libéraux établissent des guides de cotation (44), et organisent des formations. Des sites internet permettent de retrouver facilement les cotations adéquates. Rendre les outils à la disposition des MG plus intuitifs pourrait les inciter à les utiliser.

Un besoin recevant une faible adhésion des MG était la sensibilisation au système de santé des patients. Les MG ayant participé aux travaux de thèse dont est tiré ce besoin évoquent « les dérives du système » (49). Les principaux problèmes rencontrés sont l'absentéisme, la multiplication des motifs de consultations (46 et 47), un manque d'assiduité ou d'observance (50). Selon un communiqué de presse de l'URPS Ile-de-France de juin 2015 (42), 71% des médecins libéraux constatent en moyenne entre un et deux rendez-vous non-honorés au quotidien et 23% plus de 3. Les MG semblent moins touchés par ce phénomène. Les MG du territoire Oléronais pourraient être moins confrontés à ces comportements du fait d'un territoire plus rural et de la faible démographie médicale. Cela pourrait s'expliquer par la difficulté pour les patients de trouver un médecin traitant mais aussi par leur relation et leur attachement avec le « médecin de famille ».

Les MG exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles exprimaient moins de besoins. En 2017 C. Delemarle (56) a interrogé de jeunes MG sur l'attractivité des MSP. La transversalité, le travail pluriprofessionnel, une meilleure coordination des pratiques, une continuité des soins et une délégation des tâches diminuent les besoins de rencontrer les autres professionnels, l'aide pour le maintien à domicile des patients ou de trouver des remplaçants. Les MG apprécient un équilibre vie privée/vie professionnelle grâce à des horaires plus souples. Le besoin de temps libre serait donc en partie comblé. L'allègement de la charge administrative est également apprécié, surtout lorsqu'une secrétaire, un expert-comptable ou encore un coordinateur de MSP sont employés. Les MSP sont considérées comme des lieux de stage privilégiés par les étudiants, ce qui permet aux MG de la structure de transmettre leur savoir. La mutualisation des coûts est également abordée dans le cadre financier, ainsi que l'accompagnement et les aides à l'installation. L'ensemble de ces données pourrait expliquer l'adhésion plus faible aux besoins des MG exerçant en MSP dans notre étude. Elles diminueraient les besoins de rencontrer les autres professionnels, d'aide pour le maintien à domicile des patients, de trouver des remplaçants ou le besoin de temps libre, puisque le fait d'exercer en MSP amène déjà beaucoup.

Les MG exerçant seuls avaient une adhésion plus faible aux besoins proposés que les MG des autres modes d'exercice, sauf le besoin de réduire leur charge administrative. 8 MG sur les 25 de notre étude exerçaient seuls, comme 39% des MG libéraux (45). Un article publié sur le site du Sénat (41) compare les activités de groupe et les activités isolées des MG libéraux. Les avantages à l'exercice regroupé semblent plus nombreux : diminution des tâches administratives, facilite l'organisation du travail, meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle, améliore la permanence des soins, permet de confronter les pratiques professionnelles. Un inconvénient est noté : un cabinet de groupe est plus coûteux qu'un cabinet d'exercice isolé, à cause des locaux adaptés et de l'emploi de salariés (secrétariat). Les résultats de notre étude pourraient laisser penser que certains de ces MG étaient satisfaits de leur mode d'exercice et de leur pratique, et ne ressentiraient pas de besoin de changement. Nous n'avons pas trouvé de littérature permettant d'appuyer ou d'infirmer cette hypothèse. Un travail de recherche pourrait être envisagé afin de connaître le ressenti des MG ayant un exercice individuel sur leurs conditions d'exercice et sur leurs besoins.

Les Maîtres de stage universitaires de notre étude avaient une adhésion plus forte à la majorité des besoins proposés. La thèse de E-M. Vivot (58) et celle de M. Bufala (59) traitent

des MSU et de leur pratique professionnelle. La présence d'un étudiant valorise la qualité de vie des MSU grâce à un apport mutuel. Un sentiment d'accomplissement personnel est ressenti grâce à un perfectionnement professionnel et à une remise en question de leur exercice quotidien. L'amélioration des pratiques des MSU passe par une amélioration de certaines de leurs compétences professionnelles : le professionnalisme, la communication, la relation et l'approche clinique centrée sur le patient. Les MG interrogés évoquent notamment un recul du risque d'épuisement professionnel. La maîtrise de stage apporte aux MG un développement professionnel continu. La maîtrise de thèse permet donc aux MG d'améliorer leur pratique et l'approche du patient grâce à l'échange avec les étudiants. Ces données correspondent aux résultats obtenus dans notre travail. Sensibiliser les MG à la maîtrise de stage afin de les amener à s'y prêter pourrait être bénéfique à leurs pratiques.

CONCLUSION

La médecine générale libérale est en pleine transformation. A l'heure où l'exercice coordonné devient la norme, les médecins doivent se structurer pour s'adapter à la société et au système de santé actuel. De nombreuses études se sont intéressées aux besoins des médecins généralistes ou des professionnels de santé dans divers territoires. Notre travail de recherche a permis de réaliser un état des lieux des besoins des médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron, installés ou futurs installés, afin de faciliter leur pratique et améliorer la prise en charge de leurs patients. Il a été réalisé une enquête quantitative via un questionnaire en ligne, auprès des 25 médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron. Nous avons été confrontés à la faible démographie médicale du territoire, compensée par une participation de 100%.

Les médecins généralistes du territoire ont besoin de se rencontrer, de communiquer entre eux et avec les autres professionnels de santé afin de mieux se coordonner et prendre en charge leurs patients avec efficacité. La réduction de la charge administrative est à étudier de façon individuelle, afin de proposer à chaque professionnel une solution adaptée à ses besoins. Concernant la cotation des actes chronophages, il s'agit de savoir si les médecins utilisent les différentes cotations déjà existantes. Si tel n'est pas le cas, proposer une information à ce sujet apporterait une réponse à ce besoin. L'éducation thérapeutique et la prévention sont dépendantes des connaissances des médecins à ce sujet et du temps qu'ils peuvent y consacrer. La communication avec des programmes d'éducation thérapeutique tel qu'ASALEE serait un moyen efficace pour répondre en partie à ce besoin. Le besoin de formation est impacté par le manque de temps des médecins. Améliorer la gestion du temps médical permettrait d'aider à la résolution des besoins. La situation sanitaire actuelle a possiblement majoré les besoins des professionnels de santé du territoire.

La CPTS pourrait apporter des réponses à ces besoins, en appliquant les 5 missions qui la qualifient : accès aux soins, prévention, coordination des parcours de soins, évaluation de la qualité et de la pertinence des actions et attractivité du territoire. La CPTS pourrait développer la communication entre les professionnels de santé grâce aux outils qui seraient mis à leur disposition. L'exercice coordonné serait ainsi pérennisé : l'amélioration du parcours de santé du patient se fera en déléguant certaines activités aux professionnels paramédicaux. Cela permettra une réduction des délais d'accès à une prise en charge.

Ce travail permettra d'initier la lettre d'intention de la future CPTS auprès de l'ARS.

ANNEXES

ANNEXE 1 Portrait du territoire Oléronais.



Géographie du territoire

L'île d'Oléron est située dans le golfe de Gascogne, en région Nouvelle Aquitaine, au large des côtes de la Charente-Maritime dont elle fait partie, à 1,5km de la pointe Espagnole et à 14,5 km au nord de l'estuaire de la Gironde.

Sa population est répartie sur un territoire de 174 km², qui présente des limites Nord/Sud distantes d'environ 30km.

La capitale économique de l'île est la ville de Saint-Pierre-d'Oléron, qui est également la plus peuplée avec 6683 habitants en 2018 (chiffre de 2018 INSEE).

L'île est reliée par un pont au continent depuis 1966.

Démographie (chiffres de 2018, INSEE)

46% de la population a plus de 60 ans (niveau national : 25.9%), 11.2% a moins de 15 ans (niveau national : 35.5%) et 42.8% a entre 15 et 60 ans (niveau national : 56.1).

La densité de population au km² est de 126.7 habitant, soit supérieure à celle du département qui est de 94.3 et 105.5 au niveau national.

La variation de la population est légèrement positive, avec un taux annuel moyen entre 2013 et 2018 de 0.4%. Le solde naturel est négatif avec 142 naissances pour 361 décès (en 2019). La positivité de la variation s'explique par un solde migratoire positif (+1.1%).

Formation et catégories socio-professionnelles de la population (chiffres 2017, INSEE et ORES)

Dans la population Oléronaise, 30.1% des habitants de plus de 15 ans non-scolarisés n'a aucun diplôme ou au plus un BEPC, ce qui équivaut au niveau du pays (29.8%). Le pourcentage de titulaire du baccalauréat (général ou technique) est semblable au niveau local et national (baccalauréat : 17,7%) le pourcentage de titulaires des CAP ou BEP est bien plus important dans l'île d'Oléron : 30,5% contre 20.9% à l'échelle nationale. Le nombre de diplômés de l'enseignement supérieur présente un écart de 10% entre le pourcentage local et national : 21.7% (Oléron) contre 31.6% (France métropolitaine).

38.7% des habitants sont retraités contre 29.2% à l'échelle nationale. La seconde catégorie est celle des employés (15.6%) puis celle des ouvriers (12.7%) (% des ménages selon la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence).

Le taux de chômage dans l'île est de 16.1% contre 13.4% en France (hors Mayotte) à la même période.

Revenus et pauvreté des ménages (chiffres INSEE 2018)

Le pourcentage de ménages imposés dans l'île est de 50,3%, ce qui correspond globalement au niveau national (51,7%), avec un revenu médian de 21 300 euros (21 730 E en France).

Le taux de pauvreté (moins de 1063 euros par mois) est de 13,1% contre 14,8% dans le pays.

Logements

La particularité immobilière de l'île d'Oléron réside dans la part de résidence secondaire. En effet, 60.4% des logements de l'île sont des résidences secondaires. Une politique de construction de logements à loyers modérés est en cours afin de permettre aux personnes travaillant dans l'île et aux personnes qui en sont originaires d'y vivre.

Tourisme (chiffres 2019)

La période estivale entraîne la venue de nombreux touristes. L'étude « flux vision orange » (basée sur l'étude des données de téléphonie mobile), qui calcule la saisonnalité évalue la population Oléronaise, en moyenne, à 130 000 personnes sur la période Avril-Septembre. La population peut atteindre jusqu'à 350 000 personnes lors des pics d'affluence sur la période juillet-août.

De plus, la population DGF (dotation globale de fonctionnement population INSEE+ 1 habitant par résidence secondaire) est de 41 971 habitants.

L'offre de Santé existante sur le territoire Oléronais

L'hôpital le plus proche se trouve à Rochefort, à 48km de distance de Saint-Pierre-d'Oléron (centre de l'île), 35km du Château-d'Oléron (commune la plus proche) et 55km de Saint-Denis-d'Oléron (commune la plus éloignée). Les hôpitaux de Saintes et de Royan se situent quant à eux à 65km et 56km. Un hôpital local avec un service de soins de suite et réadaptation est implanté sur la commune de Saint-Pierre-d'Oléron, avec une prise en charge par des médecins hospitaliers. Une antenne du SAMU de Rochefort est basée à Saint-Pierre-d'Oléron en juillet-août, et les médecins généralistes de l'île réalisent des gardes à la maison médicale située à l'hôpital local en juillet-août également, tous les soirs de 21h à 23h, le samedi de 15h à 23h et les dimanches et jours fériés de 10h à 23h afin d'assurer la permanence des soins, et ce en plus du fonctionnement de leur cabinet médical. A titre d'exemple, pour la garde du 15 août 2020, nous avons pris en charge 120 patients à deux médecins, que ce soit pour des petites traumatologies (sutures, entorses...) que des pour des pathologies plus lourdes ayant nécessité un transfert vers le centre hospitalier, en ambulance ou SAMU. Le reste de l'année, des gardes sont assurées par les médecins généralistes de l'île le week-end et les jours fériés (10h-12h et 16h-20h dimanches et jours fériés et 16h-20h les samedis).

Offre médico-sociale

Structures d'accueil pour personnes handicapées.

Il existe deux structures accueillant les personnes handicapées, le foyer départemental de Lannelongue, un foyer d'accueil médicalisé pour adultes, disposant de 60 places, et le centre Hélio-Marin, un institut médico-éducatif, avec 40 places en internat et 5 places en semi-internat.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et résidences seniors ou foyer logement.

Deux EHPAD publics, composés de 83 lits chacun et trois EHPAD privés comptabilisant 174 lits classiques et 30 lits d'unités dites protégées (résidents déments-déambulants).

Un foyer logement attenant à un EHPAD public dispose de 51 studios et une résidence seniors privée avec 81 appartements complètent l'offre de résidence pour personnes âgées de l'île.

Psychiatrie

Il n'existe pas d'hôpital psychiatrique sur le territoire. La psychiatrie est ambulatoire. Si une hospitalisation est nécessaire, le patient est orienté sur l'hôpital Marius Lacroix à La Rochelle. Un centre médico psychologique se trouve sur la commune de Saint-Pierre-d'Oléron

Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) est un espace non-médicalisé qui permet aux personnes atteintes de troubles psychiques stabilisés de rompre l'isolement et de s'intégrer dans la communauté en participant à différentes activités.

Le territoire ne dispose de service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), de service d'accompagnement médico-psychologique pour adultes handicapés (SAMSAH), ni de service d'éducation spécifique et de soins à domicile (SESSAD).

Huit logements thérapeutiques sont en sous-locations dans le parc privé et des logements dans le foyer logement sont réservés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Protection maternelle et infantile

Consultations médicales de 14h à 17h les lundis.

Consultations de puériculture de 10h à 12h les jeudis.

Soins à domicile, associatif

Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

L'association TREMA, composée d'infirmiers et d'aides-soignants, intervient au domicile de 580 bénéficiaires, âgés de plus de 60 ans, sur prescription médicale (médecin libéral ou hospitalier).

Plateforme territoriale d'appui : PTA 17

Elle regroupe et coordonne plusieurs dispositifs complémentaires qui agissent en faveur des parcours de santé et du maintien à domicile. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des populations âgées et de leur entourage.

Centres locaux d'information et de coordination (CLIC Oléron) : Destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans ou à leur famille, entourage ou professionnels qui les accompagnent, ils ont pour mission l'accueil, l'écoute et l'information (aides à domicile, matériel médical, adaptation du logement, caisse de retraite, structures d'hébergement, aides) . Priorité aux plus de 75 ans avec pour objectif le maintien à domicile.

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) : découle du plan Alzheimer (2008-2012).

Le logiciel de communication Globule permet aux différents acteurs de la prise en charge d'un patient de partager les informations.

Professionnels libéraux (chiffres FNPS-INSEE 2019).

10 Pharmacies sont implantées sur le territoire Oléronais.

20 omnipraticiens, dont 9 de plus de 60 ans en 2021. La densité est de 9/10 000 habitants, ce qui correspond à la densité nationale. Cependant ce rapport n'est valable que pour la population en résidence principale sur l'île, la population touristique ayant également besoin de soins. On constate également une augmentation du nombre de bénéficiaires avec une baisse du nombre de MG.

5 remplaçants réguliers sont comptabilisés.

Il y a un psychiatre, installé en libéral. Un cardiologue, parti en retraite en juin 2021 mais qui serait remplacé, et un angiologue installé en 2020.

Les médecins de l'île communiquent entre eux via une messagerie sécurisée. Cette messagerie n'est pas utilisée par les autres professionnels de santé du territoire.

54 infirmiers libéraux (IDEL) sont répertoriés sur l'île. Le rapport pour 10 000 habitants est de 23.4 sur Oléron contre 14.9 sur l'ensemble du territoire. Cependant, on peut constater que le nombre d'actes a été multiplié par deux en 10 ans alors que le nombre d'IDEL est passé de 38 à 54.

34 kinésithérapeutes exercent en 2020. Le nombre d'actes a été multiplié par deux en 10 ans. Le rapport est de 15,4/ 10 000 habitants contre 11 à l'échelle du pays.

10 chirurgiens-dentistes sont installés, ce qui correspond à un rapport de 4.5/10 000 habitants, contre 5.3 pour le pays. Cependant, la population augmente sans que de nouvelles installations soient prévues.

10 orthophonistes, salariés ou libéraux sont en exercice. Il n'y a pas d'augmentation de la demande d'actes constatée.

2 sages-femmes sont en activité. Une troisième devrait s'installer au dernier trimestre 2021.

Centre de dépistage et de vaccination COVID 19

Situé sur la commune de saint-pierre d'Oléron, il a été mis en place grâce à la collaboration entre les ARS, les politiques locaux et la communauté médicale et paramédicale de l'île.

Le laboratoire médical de la commune est chargé de l'analyse des tests PCR, les médecins généralistes ainsi que les infirmières libérales se chargent de réaliser les vaccinations en plus de la prise en charge de leurs patients habituels.

En date du 7 juin 2021, environ 1500 doses par semaines sont injectées, contre 240 doses au 7 janvier 2021 (source : centre de vaccination de l'Oumière, Saint-Pierre-d'Oléron).

En juin 2021, 36% de la population du territoire a reçu au moins une dose, et 70% des plus de 65 ans.

Contrat local de Santé (CLS)

Etabli avec le concours de la communauté de commune de l'île d'Oléron, l'ARS de l'ex Poitou-Charentes et la préfecture de Charente-Maritime, il liste les difficultés constatées sur le territoire de l'île d'Oléron et propose des actions de prévention.

6 axes prioritaires ont été établis dans le CLS en date du 26 Février 2015.

L'accès aux soins et la prévention

La méconnaissance des conditions d'accès aux soins est un constat des professionnels du territoire. L'information de la population est un enjeu du CLS.

La baisse de la démographie médicale est problématique avec plus de 30% des médecins de l'île âgés de plus de 60 ans

Le CLS propose la création de maisons de santé pluridisciplinaires afin de rendre le territoire attractif pour l'installation de médecins, et ce avec l'appui de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Les addictions

La consommation de tabac, alcool et substances psychoactives est importante dans la population Oléronaise. Des séances de prévention des conduites addictives en entreprise et en milieu scolaire sont envisagées afin de contrer ce problème.

La santé mentale et la prévention des suicides

Le taux de suicides dans l'île est supérieur au taux national, une formation des professionnels dans la prise en charge des patients en souffrance psychique est proposée, ainsi que des consultations gratuites avec des psychologues destinées à l'entourage de personnes décédées par autolyse.

Qualité de vie au domicile des personnes âgées et des personnes en situations de handicap

Dans l'île, 40% de la population a plus de 60 ans. A cela s'ajoute un risque d'isolement des personnes de plus de 80 ans vivant majoritairement seules. La charte MONALISA (Mobilisation Nationale de Lutte contre l'Isolement des Agés) a été signée. Elle réunit des bénévoles qui se rendent au domicile des personnes isolées pour un moment de partage.

La santé sexuelle

Il y a une absence de gynécologue, centre de planification et d'éducation familial, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic sur le territoire. Une seule sage-femme exerce actuellement. Une mission de prévention est donc prévue auprès des jeunes, principalement ceux qui se trouvent en situation précaire ou encore les jeunes déscolarisés.

La lutte contre les violences intrafamiliales

Environ 40 plaintes par an sont déposées sur Oléron. Les professionnels du territoire se sont concertés afin de mieux faire connaître les solutions qui peuvent être proposées aux personnes exposées à ces violences, notamment en ce qui concerne les solutions d'hébergement.

En 2017, un logement temporaire était mis à disposition sur l'île.

La santé environnementale

La nouvelle aquitaine est un territoire particulièrement agricole, ce qui entraîne une utilisation importante de pesticides. Il existe donc un objectif visant la qualité de l'air (intérieur et extérieur), une baisse des maladies chroniques et également des troubles de santé des jeunes enfants. Une formation des professionnels de la petite enfance est proposée.

ANNEXE 2 Besoins des professionnels de santé libéraux identifiés dans la littérature existante.

Thèse 1 : Margot Kozlowski-Dupret. Représentation et attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2014. Dumas-01160431

Thèse 2 : Arnaud Buffard. Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien. Sciences du Vivant q-bio. 2017. hal-01932439

Thèse 3 : Ophélie de Reviers de Maumy- de Castelbajac. Besoins des médecins généralistes du 13^{ème} arrondissement de Paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale. Université Paris-Descartes ; 2016. dumas-01599821

Thèse 4 : Philippe Cohen. Besoins des médecins généralistes libéraux du 13^{ème} arrondissement de Paris concernant l'offre de soins et la coopération professionnelle. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Université Paris-Descartes ; 2016.

Les thèses 3 et 4 sont des co-thèses.

Thèse 5 : Nicolas Gerrier. Besoins, attentes et craintes des professionnels de santé à propos de la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel au sein du quartier des Moulins-Meridia. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01360940

Rapport de l'IRDES : Dynamiques et forme du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé.

Rompre l'isolement

Thèse 1 : « Le culte de l'exercice isolé semblait dépassé. En effet, plusieurs des professionnels interrogés parlaient de leur volonté de se regrouper, chose qui n'était, selon eux, pas dans les mœurs il y a encore quelques années » (page 22)

« l'un des principaux aspects négatifs de leur exercice était l'isolement » (page 27)

Thèse 2 : « exercice en groupe afin de collaborer avec les autres professionnels de santé et un refus de l'isolement » (page 55)

Thèse 4 : « Si pour certains, l'exercice libéral isolé est une liberté, d'autres soulignent les difficultés : les médecins généralistes sont isolés, il faut plus d'interactions avec le CHU et les autres médecins généralistes. On souffre de l'isolement » (page 50)

« beaucoup de commentaires positifs sur l'exercice regroupé, venant tant de médecins qui le pratiquent que de médecins qui exercent seuls » (page 51)

Thèse 5 : « ont regretté le fait de ne pas connaître les autres professionnels de santé du secteur » (page 21)

« mieux connaître les professionnels de santé du secteur des Moulins-Meridia et de rompre l'isolement professionnel existant en milieu libéral » (page 30)

Rapport IRDES : « insatisfaction quant aux pratiques professionnelles en exercice isolé »

Se coordonner/ Organiser les soins/ Permanence des soins/ Communiquer

Thèse 1 : « la prise en charge « par morceau » proposée par les acteurs de santé à l'heure actuelle, légitimerait la place des médecines dites alternatives car centrées sur la personne et pas sur la pathologie » (page 24)

« positif d'échanger avec les autres acteurs de santé. Que ce soit au travers d'un cabinet de groupe, du contact avec les autres professionnels ou par le fait de se connaître » (page 25)

Thèse 2 : « la pérennité des soins de premier recours au sein du territoire » (page 54)

Thèses 3 et 4 : « prendre en charge les patients en situation sociale difficile » (page 46)

« améliorer les relations avec les institutions publiques » (page 46)

« Plusieurs répondants évoquent l'absence de liens et de rencontres entre MG, entre MG et spécialistes, et avec les paramédicaux de l'arrondissement. » (page 57)

« Des jeunes installés rapportent la difficulté à se constituer un réseau professionnel » (page 57)

« Enfin certains regrettent l'individualisme, voire la dureté dans les rapports entre médecins. » (page 57)

« Aide à la coordination avec le secteur social de nombreux MG évoquent des difficultés pour les prises en charges sociales. » (page 61)

Thèse 5 : « La coordination interprofessionnelle est à l'origine d'espoir en termes d'efficacité, et laisse percevoir un besoin de réunions de concertations pluriprofessionnelles. » (page 31)

« Des professionnels proposent de décloisonner les limites du soin en impliquant des acteurs appartenant au monde associatif dans certaines prises en charge. » (page 31)

« difficultés dans la communication entre professionnels libéraux » (page 21)

« pouvoir développer des liens interprofessionnels privilégiés en améliorant la communication entre eux. » (page 30)

« Des acteurs de santé du secteur libéral proposent d'améliorer la permanence des soins grâce à une meilleure coordination entre les professionnels permettant un élargissement des horaires de consultation. Ils espèrent que cela va aussi permettre de diminuer le recours à l'hôpital, en permettant la prise en charge de certaines urgences en ambulatoire. » (page 35)

Rapport IRDES : « interactions avec les autres professionnels jugées insuffisantes notamment en termes de communication (importance de l'échange avec d'autres professionnels de santé, référence au « travail d'équipe » tel que pratiqué à l'hôpital lors des années de formation) »

Avoir plus de temps pour soi

Thèse 1 : « La plupart des acteurs de santé s'accordaient pour dire que leur pratique a évolué et que la qualité de vie est une donnée à laquelle ils accordaient, et souhaitent accorder, beaucoup plus d'importance » (page 22)

Thèse 2 : « En améliorant les conditions de travail (organisation, gestion et diminution de la charge de travail) » (page 55)

Thèse 3 et 4 : « diminution de leur charge de travail » (page 45)

Rapport IRDES : « les conditions de travail (pouvoir prendre deux jours de congés par semaine ou travailler à temps partiel...) »

Améliorer la rémunération des soins/ visites/ Aspect financier

Thèse 1 : « l'aspect financier était l'un des côtés négatifs majeurs de leur exercice »
(page 27)

Thèses 3 et 4 : « revalorisation de la profession impliquant d'une part la revalorisation de la consultation et de la visite » (page 45)

Thèse 5 : « se sentaient limités dans leurs actions par une rémunération trop faible. Un médecin généraliste ne faisait plus de visite car il estimait être insuffisamment payé pour ça. » (page 22)

« Un professionnel se plaignait des tarifications de type NGAP qui ne prennent pas en compte la pénibilité et qui inciterait certains professionnels à sélectionner les patients qu'ils prennent en charge. » (page 22)

« Quelques professionnels libéraux interrogés souhaitent qu'au travers du pôle de santé, leurs professions soient revalorisées, et que leurs efforts soient reconnus. Ils attendent que ce changement d'organisation s'accompagne d'un changement du mode de rémunération

afin de leurs permettre de se dégager du temps pour se consacrer plus longuement à certains patients qui en ont besoin » (page 36)

Réduire la charge administrative

Thèse 1 : « considéraient la charge administrative comme une contrainte importante. » (page 26)

Thèse 3 et 4 : « augmenter le temps clinique et réduire le temps consacré aux tâches administratives » (page 45)

« améliorer leur secrétariat »

« l'augmentation du temps clinique pourrait passer également par la diminution et la simplification de la charge administrative »

Thèse 5 : « Ils considéraient cette charge (administrative) comme une contrainte chronophage entravant la qualité de leur travail. » (page 23)

Améliorer l'accueil des étudiants/ améliorer sa propre formation

Thèses 3 et 4 : « formations adaptées pour diversifier leur pratique médicale » (page 46)

« développer la maîtrise de stage dans l'arrondissement » (page 46)

Thèse 5 : « Beaucoup de professionnels souhaitent l'universitarisation du pôle de santé que ce soit pour la formation des professions médicales ou paramédicales. Cette attente est partagée par des professionnels institutionnels et libéraux. » (page 28)

Rapport IRDES : « pouvoir s'absenter pour suivre une formation continue ou universitaire) »

« on retrouve souvent l'idée, chez les médecins, que le processus menant au choix de l'exercice regroupé pluriprofessionnel repose sur ce schéma vertueux : stage de formation/remplaçant/collaborateur/installation. »

Améliorer la relation soignant/soigné

Thèse 1 : « Quelques professionnels interrogés parlaient de dégradation dans la relation médecin-patient. Ils évoquaient les dérives du système (assistantat des patients), le clientélisme des médecins ... » (page 23)

Thèses 3 et 4 : « une éducation des patients dont le comportement a changé ces dernières années avec une exigence accrue et une attitude de consommateur de santé (absentéisme, multiplication des motifs de consultations etc. » (page 46)

Thèse 5 : « Ce n'est pas une population très fiable » « Il y a une inefficacité peut être expliquée par le comportement des gens » « Il y a un vrai manque dans l'assiduité et l'observance » (page 24)

Rendre le territoire plus attractif

Thèse 2 : « pérenniser l'offre de soins sur le territoire, afin d'éviter une désertification. » « Les paramédicaux et les pharmaciens craignaient le départ des prescripteurs »

« tout en maintenant la population de professionnels de santé » (page 54)

Thèses 3 et 4 : « susciter l'installation de jeunes médecins » (page 46)

Thèse 5 : « manque dans l'offre de soins à l'intérieur du quartier » (page 26)

Rapport IRDES : « nouvelles modalités d'exercice permettraient d'assurer la pérennité de leur cabinet (médecins seniors) en attirant de jeunes confrères. »

Mise en place de missions de prévention

Thèse 4 : « L'aide à l'éducation thérapeutique des patients est le projet du pôle qui rencontre le plus d'avis favorable » (page 61)

Thèse 5 : « Proposer de véritables programmes d'éducation thérapeutique » (page 33)

« Améliorer la prévention et le dépistage précoce » « Développer l'éducation à la santé » (page 34)

ANNEXE 3 Questionnaire envoyé aux médecins généralistes libéraux

Quel âge avez-vous ?

Vous êtes : un homme/une femme

Depuis combien d'années travaillez-vous sur l'île d'Oléron ?

J'exerce : Seul

Dans un cabinet de groupe

Dans une MSP

Je suis remplaçant

Je travaille avec une infirmière ASALEE : oui/non

Je suis MSU : oui/non

J'ai besoin	Indifférent	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
De rencontrer les autres professionnels de santé				
De connaître et reconnaître les professionnels de santé de l'île				
D'être aidé pour le maintien à domicile de mes patients				
De développer l'éducation thérapeutique auprès de mes patients				
De mettre en place des missions de prévention auprès de ma patientèle				
De sensibiliser les patients au fonctionnement du système de santé				
D'une meilleure organisation de la permanence des soins (gardes soir et week-end)				
D'aide pour trouver des remplaçants				
De réduire ma charge administrative				

D'avoir plus de temps libre				
De participer à plus de formations				
D'une meilleure cotation des actes chronophages				

Champ libre : j'ai essayé de reporter l'ensemble des besoins identifiés dans la littérature, néanmoins j'ai pu en oublier, avez-vous des propositions, des choses à rajouter ?

REFERENCES

1. Atlas de la démographie médicale en France en 2020. Conseil national de l'ordre des médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
2. Agence régionale de Santé. (page consultée le 30/03/2021) Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi. <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
3. Communauté de commune de l'île d'Oléron. (page consultée le 05/05/2021) Contrat local de Santé. <https://www.cdc-oleron.com/vivre-et-habiter/sante-social/contrat-local-de-sante/>
4. CPTS Nouvelle-Aquitaine. (page consultée le 10/06/2021) Qu'est-ce qu'une CPTS ? <https://www.cpts-na.org/quest-ce-quune-cpts/>
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 02/07/2021) L'exercice coordonné, un cadre attractif pour les professionnels. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 02/07/2021) Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) L'exercice regroupé dans les services de santé : une action coordonnée des professionnels en faveur des patients. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_exercice_regroupe_web.pdf
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 02/07/2021) Ma santé 2022 : un engagement collectif. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
8. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 02/07/2021) Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours
9. Association pour le développement de l'exercice coordonné en Pays de la Loire. (page consultée le 03/07/2021) Qu'est-ce que l'exercice coordonné en équipe pluriprofessionnelle ? <https://www.apmsl.fr/page/quest-ce-que-l'exercice-coordonne-/>
10. MG France (page consultée le 04/07/2021) L'exercice coordonné : comment faire ? <https://www.mgfrance.org/les-modes-d-exercice/1822-l-exercice-coordonne-comment-faire>
11. Fédération Nouvelle-Aquitaine des maisons pluriprofessionnelles de santé. (page consultée le 04/07/2021) Exercice coordonné, éléments de définition. <https://fnampos.org/ressource/exercice-coordonne-elements-de-definition/>
12. Agence Régionale de Santé. (page consultée le 05/07/2021) Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins. <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>

13. L'assurance maladie (ameli). (page consultée le 25/07/2021) L'accord cadre interprofessionnel. <https://www.ameli.fr/charente-maritime/professionnel-de-la-lpp/textes-referance/accord-cadre-interprofessionnel/accord-cadre-interprofessionnel>
14. Equipes de soins primaires Centre-Val de Loire (ESP-CVL). (page consultée le 26/07/2021) L'exercice coordonné qu'est-ce que c'est ? <https://www.esp-cvl.org/l-exercice-coordonne>
15. Equipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient (ESP-CLAP). (page consultée le 27/07/2021) Retour d'expérience des ESP CLAP en Pays de la Loire. <https://www.esp-clap.org/esp-clap-pays-de-la-loire/>
16. Equipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient (ESP-CLAP). (page consultée le 27/07/2021) Qu'est-ce que l'exercice coordonné ? <https://www.esp-clap.org/exercice-coordonne-2/>
17. Institut national de la statistique et des études économiques. (page consultée le 06/08/2021) Dossier complet Intercommunalité-Métropole de CC de l'Île d'Oléron (241700624). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-241700624>
18. Légifrance. (page consultée le 06/08/2021) Code de la santé publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006072665/>
19. Légifrance. (page consultée le 02/07/2021) Article L6323-3 relatif aux MSP, version en vigueur depuis le 27/07/2019. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/
20. Légifrance. (page consultée le 02/09/2021) Article L1434-2 relatif au projet régional de santé, version en vigueur depuis le 06/08/2018. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289614/
21. Légifrance. (page consultée le 02/07/2021) Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41637>
22. Légifrance. (page consultée le 15/07/2021) Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528>
23. Légifrance. (page consultée le 15/07/2021) Articles L6327-1 à L6327-7, Chapitre VII, relatif aux dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes en vigueur depuis le 27/07/2019. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886462/
24. Légifrance. (page consultée le 15/07/2021) Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L.162-5, L.162-9, L.162-12-2, L.162-12-9, L.162-14, L.162-16-1 et L.322-5-2, 07/04/2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038342949>
25. Légifrance. (page consultée le 16/07/2021) Article L6323-1 relatif aux Centres de Santé, 01/04/2018. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494896/

26. Fédération des Communautés professionnelles territoriales de santé. (page consultée le 06/08/2021) Nombre de CPTS en France en 2021. Mise à jour le 2/07/2021. <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>
27. Peignier A. (page consultée le 07/08/2021) Présentation des recommandations de Vancouver. http://bu.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/tutoriels/Sante/vancouver_ESP.pdf
28. Journal Officiel de la République Française. (page consultée le 25/07/2021) Avis relatif à l'accord cadre organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels mentionnés aux articles L.162-5, L.162-9, L.162-12-2, L.162-12-9, L.162-14, L.162-16-1 et L.322-5-2. 7 avril 2019, Texte 86/110. Disponibilité sur Internet. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5026/document/acip_jo_7_avril_2019.pdf
29. Bergeron H, Moyal A, rédacteurs. Sciences Politiques. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Chaire Santé ; 2019. Disponibilité sur Internet. <https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019.pdf>
30. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M, rédacteurs. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, IRDES. Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Les rapports de l'IRDES ; 2014. Disponibilité sur Internet. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>
31. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Avis du HCAAM sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé ; 2020. Disponibilité sur Internet. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_sur_travaux_regulation_-_hcaam_25_juin_2020.pdf
32. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P-E, Chevillard G, rédacteurs. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. IRDES : Questions d'économies de la santé ; Juillet-août 2013. Disponibilité sur Internet. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>
33. Safon M-O, rédactrice. Soins de santé primaires Les pratiques professionnelles en France. Institut de recherche et documentation en économie de la santé ; 2020. Disponibilité sur Internet. <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
34. Avenir des équipes coordonnées. Rapport d'activité 2019. AVEC santé. Disponibilité sur Internet. <https://www.avecsante.fr/wp-content/uploads/2020/07//rapport-dactivite-2019-vf.pdf>
35. Les universités de la performance en santé. Comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement. Lille ; 2014. Disponibilité sur Internet. https://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/performance_en_sante/Actes/ANAP_Actes_UDT_2014.pdf
36. Raynaud J, Le Bouler S, rédacteurs. Accès aux soins et politiques d'aménagement du territoire. Laboratoire d'idées santé autonomie, LISA ; 2021. Disponibilité sur Internet. <https://www.lisa-lab.org/acces-soins-amenagement-territoire>

37. Leicher C. CPTS et territoire. Revue Regards ; 2019/2 n°56 ; pages 81 à 92. Disponibilité sur Internet. <https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-81.htm>
38. Centre intercommunal d'action social de l'île d'Oléron, Communauté de commune de l'île d'Oléron. Diagnostic partagé sur la fiche action « maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie » du Contrat Local de Santé : restitution des résultats et analyse des données ; 2018. Disponibilité sur Internet. https://www.cdc-oleron.com/wp-content/uploads/2018/12/Synthese_diagnostic_partage_maintien_a_domicile_VF.pdf
39. Fauchier-Magnan E, Wallon V, rédacteurs. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé : Appui à la DGOS. Inspection générale des affaires sociales ; 2018. Disponibilité sur Internet. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
40. Union régionale des professionnels de santé Nouvelle-Aquitaine. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Revue Médecine Libérale : Journal de l'Union des Médecins Libéraux de Nouvelle-Aquitaine ; 10/2020 ; n°13 ; pages 6-9. Consultée en version papier.
41. Senat, un site au service des citoyens. (page consultée le 07/09/2021) Offre de soins : comment réduire la fracture ? <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0142.html#fn28>
42. URPS Ile-de France médecins libéraux. 40 minutes de temps de consultation sont quotidiennement perdues par les médecins libéraux en île de France. Communiqué de Presse ; 23/06/2015. <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/15933.pdf>
43. L'assurance Maladie. Ameli.fr. (page consultée le 10/09/2021) Des assistants médicaux pour retrouver du temps médical. 21/06/2019. <https://www.ameli.fr/charente-maritime/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>
44. MG France, le syndicat des médecins généralistes. Cotation pratique du spécialiste en médecine générale [l'antisèche]. Version 1^{er} janvier 2020. <https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-generale.pdf>
45. Chapus H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A. ARS. Etudes et résultats, mai 2019, numéro 1114. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. <https://www.ars.sante.fr/media/37796/download>
46. Cohen Ph. Besoins des médecins généralistes libéraux du 13^{ème} arrondissement de Paris: concernant l'offre de soins et la coopération professionnelle. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Université Paris : Faculté de médecine Paris Descartes ; 2016.
47. De Reviers De Maumy-de Castelbajac O. Besoins des médecins généralistes du 13^{ème} arrondissement de Paris concernant leur organisation professionnelle et la gestion de leur activité médicale. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine] Université Paris-Descartes ; 2016. dumas-01599821

48. Bouab F. L'intérêt d'un coordonnateur dans les maisons et les pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse : enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Université de Lorraine : Faculté de médecine de Nancy ; 2016. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932082>

49. Kozlowski-Dupret M. Représentation et attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes-Maritimes. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Université Côte d'Azur : Faculté de médecine de Nice Sophia Antipolis ; 2014. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160431>

50. Gerrier N. Besoins, attentes et craintes des professionnels de santé à propos de la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel au sein du quartier des Moulins-Meridia. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Université de Côte d'Azur : faculté de médecine de Nice ; 2016. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01360940>

51. Binart-Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Université Paris Nord : Faculté de médecine de Bobigny « Léonard de Vinci » ; 2012

52. Atalaya J. L'exercice coordonné pluriprofessionnel comme outil de lutte contre la diversification médicale dans le département des Hautes-Alpes. [Mémoire pour le diplôme d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale]. Ecole des hautes études en santé publique ; 2015. Disponibilité sur Internet. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2015/iass/atalaya.pdf>

53. Ida Etchegoyen, Laurie Pagadoy, Clément Schuck. Ressenti des médecins généralistes, infirmières et patients sur le protocole ASALEE dans les Landes : évaluation qualitative croisée par méthode focus group. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine] Faculté de médecine de bordeaux ; 2020. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03008374>

54. PY R. Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE. Une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine] Université de Limoges, Faculté de médecine de Limoges ; 2015

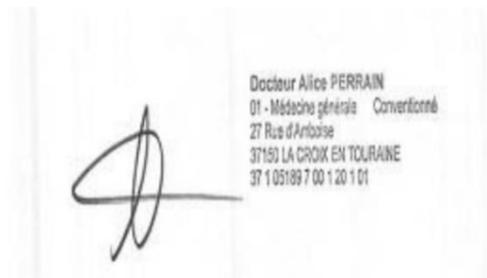
55. PRATO A. Coopération entre professionnels de santé en médecine générale : évaluation qualitative de ASALEE Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine] Faculté de médecine de Nancy ; 2011

56. DELEMARLE C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes. Etude quantitative auprès de la promotion sortante du DES de médecine générale, dans le Nord-Pas-de-Calais en novembre 2017. [thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine] Faculté de médecine de Lille ; 2017

57. FOURNIER C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours. Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. [Thèse de doctorat en Santé Publique]Ecole doctorale 420 : Santé Publique Paris Sud 11, Paris Descartes ; 2015

58. VIVOT E-V. La maîtrise de stage en médecine générale : un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Mesure qualitative par « focus group » de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité du médecin généraliste. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine] Faculté de médecine de Nancy ; 2012
59. BUFALA M. Maitrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine de Nice ; 2014. <https://dumas-01161901/document>
60. TRINH M. Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine de Lille ; 2017
61. DUMONT T. Etude des relations entre les professionnels de santé du territoire de Gennevilliers/Villeneuve-la-Garenne : Analyse des modalités de communication du médecin généraliste vers les autres professionnels de santé lors de l'adressage d'un patient. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine Paris 7^{ème} ; 2016
62. BEN SAAD AZIM N. Maintien à domicile du sujet âgé : pratiques des médecins généralistes et apport des réseaux de gérontologie. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine de Nice ; 2016
63. TRAIN B. Education thérapeutique du patient et médecin générale : étude chez 301 médecins généralistes en Gironde. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine de Bordeaux ; 2017. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635854/document>
64. ALEPEE Q. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale ? [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2019. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939292/document>
65. WATRIN B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux. [Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine]. Faculté de médecine de Nancy ; 2017

Vu, le directeur de thèse,



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

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Médecine Générale

Présentée et Soutenue le 14 octobre 2021

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM : LAURENT

Prénoms : Julien

Date de naissance : 14/11/1986

Nationalité : Française

Lieu de naissance : Niort (79)

**Domicile : 13 rue du Levant
17310 Saint-Pierre d'Oléron**

Téléphone : 06.87.26.91.81

Directeur de Thèse : Dr Alice PERRAIN

Titre de la Thèse : Coordination de soins : Besoins des médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron

JURY

Président : Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Transfusion, Faculté de Médecine, Tours

Membres : Professeur Christophe BARON, Immunologie, Faculté de Médecine, Tours

Professeur Frédéric PATAT, Biophysique et médecine nucléaire, Faculté de Médecine, Tours

Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale, La Croix-en-Touraine

**Avis du Directeur de Thèse
À Tours, le 1^{er} septembre 2021**

**Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours
à Tours, le 6.5.21**



Docteur Alice PERRAIN
01 - Médecine générale - Conventione
27 Rue d'Artoise
37150 LA CROIX EN TOURAINE
33 1 05199 7 00 1 20 1 01



Laurent Julien

90 pages - 11 tableaux - 33 figures – 3 illustrations - 3 annexes

Résumé :

Introduction : L'exercice coordonné est au cœur de la pratique de la médecine générale. Les professionnels de santé de l'île d'Oléron débutent leur projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Quels sont les besoins des médecins généralistes de l'île d'Oléron pour faciliter leur exercice et améliorer la prise en charge de leurs patients ?

Méthodologie : Etude quantitative à partir d'un questionnaire en ligne envoyé aux 25 médecins généralistes de l'île d'Oléron, installés ou futurs installés.

Résultats : L'ensemble du panel a répondu au questionnaire. Les besoins identifiés dans la littérature étaient plébiscités, avec des variations en fonction de l'âge, du genre, du mode d'exercice, du fait d'être maître de stage ou de travailler avec une infirmière ASALEE.

Discussion : Les médecins qui travaillaient avec une infirmière ASALEE avaient plus souvent besoin de développer l'éducation thérapeutique et les missions de prévention du fait de la collaboration pluriprofessionnelle enrichissante. L'infirmière ASALEE joue en effet un rôle important au sein du cabinet médical en améliorant la qualité des soins. Les maîtres de stage universitaire avaient plus de souhaits pour améliorer leurs pratiques grâce aux échanges avec les étudiants accueillis. L'accueil des internes favorise la formation continue des MSU grâce à une remise en question de leur pratique et à l'apport de connaissances actualisées. Les médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles avaient moins de besoins exprimés, sans doute du fait que les échanges entre professionnels sont déjà nombreux et des outils sont à leur disposition afin de mieux s'organiser. La formation était le besoin recevant le moins de réponses favorables. Les médecins manqueraient de temps pour se former. La réduction de la charge administrative était sollicitée par l'ensemble des médecins installés. Cette charge est évaluée entre 4 heures et 6.5 heures hebdomadaires. Elle entraîne une réticence des médecins à s'installer.

Conclusion : Les médecins généralistes libéraux de l'île d'Oléron ont besoin d'échanger avec les professionnels de santé de leur territoire. La communication entre professionnels est au centre de l'exercice coordonné. La CPTS pourrait développer cette communication, avec des outils à la disposition des professionnels. Ce travail permettra d'écrire la lettre d'intention de la future CPTS auprès de l'ARS.

Mots clés : Exercice coordonné, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, besoins, médecins généralistes libéraux, exercice professionnel

Jury :

Président du Jury : Professeur Emmanuel GYAN

Directeur de thèse : Docteur Alice Perrain

Membres du Jury : Professeur Christophe BARON
Professeur Frédéric PATAT

Date de soutenance : 14 octobre 2021