

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Victoria LENOIR

Née le 18 décembre 1992 à Paris (75)

**LES REPRESENTATIONS DES ETUDIANTS DE
MEDECINE GENERALE INSCRITS A LA FACULTE DE
MEDECINE DE TOURS SUR L'EXERCICE COORDONNE
AU SEIN D'UNE CPTS, COMMUNAUTE
PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE**

Présentée et soutenue publiquement le **15 novembre 2023** devant un jury composé de

Président du jury : Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie-économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine - Tours

Membres du jury :

- Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours
- Docteur Pierre BIDAUT, Médecine Générale - Gien
- **Docteur Bertrand JOSEPH, Médecine Générale – Châteaudun**

LES REPRESENTATIONS DES ETUDIANTS DE MEDECINE GENERALE INSCRITS A LA FACULTE DE MEDECINE DE TOURS SUR L'EXERCICE COORDONNE AU SEIN D'UNE CPTS, COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE

INTRODUCTION

L'évolution de la Médecine Générale a favorisé l'essor d'un mode de pratique permettant une meilleure coordination entre les professionnels de santé. Cet exercice coordonné peut prendre plusieurs formes comme les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou plus récemment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces formes d'exercice coordonné encore récentes ne font pas l'unanimité auprès des médecins généralistes et des autres professionnels. Elles ne font pas pleinement partie du programme d'enseignement de l'internat de médecine générale. Nous nous sommes donc questionnés sur la vision des futurs médecins généralistes. L'objectif de l'étude est donc de décrire les représentations des étudiants de médecine générale (EMG) inscrits à la Faculté de Médecine de Tours sur l'exercice coordonné au sein des CPTS.

MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé a été menée auprès de sept étudiants inscrits en DES de médecine générale ou année de thèse post DES à la Faculté de Médecine de Tours. Le recueil s'est déroulé entre mars et juin 2023. Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription puis d'une analyse inspirée de la théorisation ancrée.

RESULTATS

Les EMG montrent un intérêt manifeste pour l'exercice coordonné et notamment pour les MSP considérées comme un modèle de référence. Le mode de découverte hétérogène des CPTS induit une vision contrastée et confuse des CPTS. Les bénéfices sont identifiés par les EMG tout comme les contraintes (investissement, administratif et gérance, conflit relationnel...). La complexité des CPTS est une source de questionnements pour les EMG. Ils perçoivent malgré tout le potentiel novateur des CPTS (prévention, réseau de communication, amélioration accès aux soins, gestion crise COVID 19, lien ville/hôpital). Les EMG sont demandeurs d'une formation plus uniforme au cours de l'internat.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La génération à venir de médecins généralistes se montre plus réceptive aux CPTS que les médecins généralistes et autres professionnels de santé déjà installés. Cette différence peut s'expliquer par le développement de la pluriprofessionnalité et de l'exercice coordonné ces dernières décennies qui est jugé comme logique et indispensable par les EMG pour lutter contre les problématiques médicales actuelles. La CPTS est une organisation qui reste complexe. Une présentation uniforme des CPTS au cours de l'internat permettrait de présenter les CPTS à l'ensemble des EMG et rassurer les futurs médecins généralistes sur leurs questionnements. Cette présentation pourrait prendre la forme d'une journée d'accueil systématique des EMG à chaque début de semestre (ambulatoire ou hospitalier) au sein de la CPTS correspondant au terrain de stage.

Mots clés : Communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS, étudiants de médecine générale, internes de médecine générale, exercice coordonné, formation

THE PERCEPTION OF COORDINATED CARE THAT MEDICAL STUDENTS, ENROLLED AT THE UNIVERSITY OF TOURS, CAN GET OF THE CPTS, TERRITORIAL PROFESSIONAL HEALTH COMMUNITIES

INTRODUCTION

The General Practice evolution has promoted the involvement of the health professionals in an upcoming medical hub. These coordinated medical practices can take various forms, such as the Multidisciplinary Healthcare Centres (MPS) or the latest Territorial Professional Health Communities (CPTS). At this stage, all the health professionals including the general practitioners don't embrace this approach of medical practices. Such an organized gathering isn't included either in the Med School teaching Program. Therefore, we wondered about this situational awareness shared by the future general practitioners. This study is aiming to depict the perception of coordinated healthcare within a CPTS among the general practitioners students (EMG), enrolled in the Faculty of Medicine at the University of Tours.

METHODOLOGY

A qualitative study by semi directed interviews was led among seven medical students registered in the Faculty of Medicine department of general practice (DES) or in medical doctoral thesis year post DES at the University of Tours. The collection took place between march and june 2023. The interviews were transcribed and its analysis was carried out using the principle of Grounded Theory.

RESULTS

The general Med School students show interest for coordinated healthcare, especially for MPS considered a reference model. The heterogeneous discovery modes of CPTS has induced contrasting and somehow confusing visions of the CPTS. The benefits are roughly or more clearly identified by the EMG as well as the constraints (investment, administrative work, management, relational issues). The complexity of CPTS is a source of questioning for the EMG. Nevertheless, CPTS is frequently seen by those students as an innovative potential path to take (prevention, communication network, access to medical facilities, disease crisis management as Covid 19, linkage City-Hospital.). The EMG are hungry for more broadly courses during their medicine internship years.

DISCUSSION AND CONCLUSION

CPTS means a lot more to the doctors- in -waiting among general practioners than those who are already working as family practitioners or healthcare professionals. This difference is probably due to the nowadays development of multi professionalism and coordinated practices. The latter are, in the last ten years, considered logical and essential for the EMG in order to respond to current medical issues. CPTS is still a sophisticated organisation. A consistent presentation of CPTS during the medicine internship might well introduce CPTS to all the EMG and could respond to the future general practitioners concerns. This presentation could take the form of an Open Day on a semiannual basis (outpatients, hospitalisations) within the CPTS and during internship training time.

Key words : CPTS (Territorial Professional Health Communities), PCMH in the UK (Patients-Centred Medical Home), general practitioners students, coordinated medical practices, training

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

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

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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 Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - 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 - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - 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
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
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

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA ClarisseLEBEAU
Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
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

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
LAMARRE Valérie	Médecine Générale
LE GALLOU Laurence	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
BOUTIN Hervé	Directeur de Recherche Inserm -UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice 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
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS EA 7501 ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
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	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER 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	Directeur de Recherche Inserm -UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm-UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS-UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice

Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie

Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....

Orthophoniste

EL AKIKI Carole.....

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid

Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva.....

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine

Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH, Président du jury

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe RUIZ

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Pierre BIDAUT

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je tiens à vous témoigner de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Bertrand JOSEPH, directeur de thèse

Bertrand, merci infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de m'avoir inspiré le sujet et de m'avoir encouragée tout au long de ce travail. Merci pour ta bienveillance et ton dévouement en tant que maître de stage. J'ai tellement appris sur notre profession à tes côtés. J'espère me montrer digne de l'exemple que tu m'as donné.

Aux participants de l'étude

Je tiens à remercier les huit personnes qui ont donné de leur temps pour la réalisation des entretiens. Je vous remercie de m'avoir confié vos visions personnelles.

Aux aides précieuses

Je voudrais remercier tout spécialement Madame Charlotte de Fontgalland ainsi que Madame Céline Dagot pour le temps qu'elles m'ont consacré ainsi que l'aide et les conseils qu'elles m'ont prodigués. Je remercie également Madame Agnès Ramo pour le soutien méthodologique qu'elle m'a apporté et l'analyse comparative qu'elle a réalisée.

A mes maîtres de stage

Je remercie particulièrement les maîtres de stage qui m'ont fait découvrir la médecine générale ambulatoire : Dr Anne Berraguas-Léonard, Dr Claire Bussereau-Moal, Dr Laurent Caron, Dr Natacha Gohard-Colette et Dr Patrick Jennequin. J'ai énormément appris à vos côtés et je suis le médecin que je suis, grâce à vous.

Au Dr Joseph Wansa, au Dr Paula-Christina Buzuliuc et à tous mes maîtres de stage hospitaliers, merci pour votre investissement dans ma formation lors de mon passage dans vos services.

A tous les professionnels de santé

A tous les professeurs universitaires, professionnels médicaux et paramédicaux que j'ai côtoyés depuis le début de mes études et qui ont contribué à mon apprentissage de la médecine.

A mes amis

A mon groupe d'amis, soudé depuis les bancs de la Faculté de Médecine et sur lequel j'ai toujours pu compter. A Valérie, Leyla, Héloïse, Céline, Pauline, Céline, Capucine, Matthieu, Sébastien, Douglas, Jean, Clément, Damien, Elias, Clément à nos seize loulous, bientôt dix-sept... merci pour tous les moments passés ensemble, nos soirées studieuses et moins studieuses, pour tout ce que vous m'avez apporté du premier jour de la PACES jusqu'à aujourd'hui. Vous avez toute mon affection et mon admiration.

Aux amitiés plus anciennes, Clémence, Flore, Laura, Marine, Laurine, je ne vous oublie pas.

Aux amitiés de l'internat et aux co internes qui ont égayé toutes ces heures passées en stage et en dehors, je pense notamment à Chloé et Astrid.

Aux amitiés plus récentes mais qui m'ont soutenue lors de ce travail de thèse, Fanny et Godefroy, merci.

A ma famille

A ma belle-famille.

A mes grands-parents par alliance, ma belle-maman, toutes mes belles-sœurs : Marie-Mélanie, Mathilde, Ombeline, Flavie, mon beau-frère préféré Paul et mes beaux-beaux-frères Jean-Marie et Nicolas, à mes petits neveux et nièces par alliance : Florine, Baptiste, Jade, Cyprien et Emeline, merci de m'avoir si bien accueillie et également encouragée tout au long de mes études de Médecine. Vous avez toute mon affection.

A la famille dans laquelle je suis née.

A mes parents chéris, merci papa et maman d'avoir été des soutiens sans faille depuis le jour où je vous ai dit que je voulais devenir médecin. Merci de votre amour, de votre réconfort, de vos encouragements et de votre investissement dans mes études pour qu'elles se passent au mieux. Je ne serais pas là aujourd'hui sans vous, certes, mais surtout, je ne serais sans doute pas devenu médecin. Je vous aime très fort. Merci pour votre contribution lors de la rédaction de ce travail de thèse.

A ma petite sœur Lorraine et mes trois frères Constantin, Etienne et Alexis qui ont aussi concouru au succès de mes études de médecine, je vous aime énormément.

Au Dr Chantal Moy ma tante médecin qui m'a donné la vocation et me soutient depuis le tout début, au Dr Jacques Moy mon grand-père que je n'ai pas eu la chance de connaître, à tous mes ancêtres médecins qui l'ont précédé, à ma grand-mère de Massy et mon grand-père, à mon oncle le Dr Jean-Jacques Auregan et à tous les membres de ma famille qui ne sont plus là et qui veillent sur moi de là-haut.

A ma Granny qui m'a vu devenir médecin mais pas docteur, je pense à vous chaque jour depuis que vous nous avez quittés...

J'espère tous vous rendre fiers de moi.

A la famille que j'ai créée

A mon mari Charles, mon âme-sœur depuis dix ans et pour longtemps encore. Tu es sans aucun doute la clé de ma réussite et de mon bonheur professionnels et personnels. Sans toi rien n'aurait été possible. Tu me pousses parfois dans mes retranchements mais tu fais de moi une meilleure personne y compris un meilleur médecin. Tu m'as fait le plus beau des cadeaux, deux fois. Léonie et Diane vous êtes mes bébés d'amour. J'espère que vous serez fière de votre maman docteur. A nos projets d'avenir ensemble et à notre future maison, malgré tout.

Je vous aime tous les trois d'un amour inconditionnel.

Table des matières

RESUME	2
ABSTRACT	3
REMERCIEMENTS.....	10
TABLE DES MATIERES	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
INTRODUCTION	18
I. Début de l'exercice coordonné en France	18
II. L'exercice coordonné en quelques dates	19
III. L'exercice coordonné aujourd'hui.....	20
IV. Les Communautés professionnelles territoriales de santé	21
IV.1. Définition.....	21
IV.2. Etat des lieux des CPTS en France	24
IV.3. La particularité des CPTS en région CVL	26
V. L'exercice coordonné dans le troisième cycle des études médicales	28
V.1. Au niveau national	28
V.2. Au niveau du DUMG de Tours.....	30
V.3. Dans le deuxième cycle	31
VI. Motivations personnelles.....	31
VII. Objectifs de l'étude.....	32
MATERIEL ET METHODE	33
RESULTATS	36
I. Caractéristiques des participants et des entretiens	36
II. La Vision des EMG sur l'exercice coordonné	36
II.1. Une formation contestée	36
II.2. Une définition approximative	37
II.3. Une première expérience hospitalière.....	38
II.4. Le nouveau paradigme de la médecine générale ambulatoire.....	39
II.5. Les interlocuteurs de premier recours	40
II.6. Les nouveaux métiers de la santé.....	41
II.7. Les attentes et les projets d'installation des futurs médecins généralistes.....	41

III. Les MSP : un modèle d'exercice coordonné	42
III.1. Une expérience commune	42
III.2. Des avantages reconnus.....	42
III.3. Des écueils identifiés.....	44
III.4. Une attractivité à conserver	45
III.5. Une option pour l'installation.....	46
IV. La découverte hétérogène des CPTS	46
IV.1. La première fois	46
IV.2. La première impression.....	47
IV.3. L'expérimentation.....	48
V. Image attractive des CPTS	49
V.1. Une communauté accueillante.....	49
V.2. Une communication développée.....	50
V.3. L'amélioration des compétences	51
V.4. Les bénéfices évidents pour le patient.....	52
V.5. Les actions des CPTS	53
VI. Image rébarbative des CPTS	54
VI.1. Les difficultés relationnelles	54
VI.2. Les tâches administratives	55
VI.3. Les réunions	56
VI.4. S'investir ou se sacrifier	57
VII. Une vision floue des CPTS	58
VII.1. Des connaissances confuses des missions et du territoire	58
VII.2. Un fonctionnement opaque	59
VII.3. Un manque d'intérêt relatif.....	60
VII.4. Une complexité persistante.....	60
VII.5. Un amalgame avec les MSP.....	61
VIII. Des questionnements en suspens	63
VIII.1. Sur la privation de liberté par les CPTS	63
VIII.2. Sur la dissemblance des CPTS.....	64
VIII.3. Sur la pérennité des CPTS.....	64
VIII.4. Sur l'adhésion.....	66
IX. Le potentiel novateur et prometteur des CPTS	67

IX.1. L'utilité face aux problématiques médicales	67
IX.2. La prévention.....	68
IX.3. Le réseau de communication.....	69
IX.4. La gestion de crise	70
IX.5. Les soins non programmés.....	70
IX.6. Un interlocuteur à la taille de l'hôpital.....	71
X. La Formation	72
X.1. La position de stagiaire	72
X.2. Les connaissances dépendantes des MSU	73
X.3. Formation sur les CPTS : des attentes variables.....	74
X.4. Les dispositions de la formation sur les CPTS.....	75
DISCUSSION	78
I. Synthèse des résultats	78
I.1. La théorie	78
I.2. Un exercice coordonné naturel pour les EMG.....	78
I.3. Le prisme des MSP.....	78
I.4. La vision contrastée des CPTS.....	79
I.5. Une formation généralisée.....	79
II. Comparaison avec la littérature	80
II.1. La vision des EMG sur l'exercice coordonné.....	80
II.2. Les représentations des EMG sur les CPTS	81
II.3. La formation des EMG sur l'exercice coordonné et sur les CPTS	83
III. Forces et Limites de l'étude	86
III.1. Les forces.....	86
III.2. Les limites.....	86
IV. Perspectives	87
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE.....	90
ANNEXE	96
Guide d'entretien	96

Liste des Abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : affection de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

CDS : Centre De Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COVID : COrona Virus Disease

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Comités de Protection des Personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CVL : Centre Val de Loire

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

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

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EES : Equipe de Soins Spécialisés

EMG : Etudiant de Médecine Générale

ESP : Equipe de Soins Primaires

ESP CLAP : Equipe de Soins Primaires Coordinée Localement Autour du Patient

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDSP : Infirmier Diplômé d'Etat Délégué à la Santé Publique

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maison pour l'Autonomie et Intégration des maladies d'Alzheimer

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PCMH : Patient-Centered Medical Home

PMI : Protection Maternelle Infantile

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCM : Société Civile de Moyens

SHA : Solution Hydro Alcoolique

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire

SNP : Soins Non Programmés

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

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

Introduction

I. Le début de l'exercice coordonné en France

Notre système de santé français est en crise depuis plusieurs décennies. Après les années glorieuses de la médecine d'après-guerre 1939-1945, les réformes successives depuis les années 1970 n'ont pas suffi à empêcher le contexte sanitaire que nous connaissons aujourd'hui. Les problématiques touchent l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales, sociales et ambulatoires.

L'exercice de la médecine en ambulatoire est déséquilibré par la demande accrue de soins (vieillesse de la population, explosion des maladies chroniques, polyopathologies et affections de longue durée) qui n'est plus compensée par l'offre (baisse de la démographie médicale et évolution générationnelle des attentes des professionnels).

En quelques chiffres :

-L'espérance de vie selon l'INSEE en 2022 est de 85,2 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes (1), les chiffres concernant l'espérance de vie en bonne santé ne sont pas aussi élevés. Selon le rapport publié par la DREES en février 2023, une femme à la naissance en 2021 peut espérer vivre en bonne santé 67 ans et un homme 65,6 ans. (2)

-Selon l'OMS en 2019 (3), les maladies chroniques (maladies non transmissibles) ont été responsables de 74% des décès survenus dans le monde.

-En 1994, on comptait 3,7 millions de français déclarés en ALD, ils sont aujourd'hui 20 millions selon l'Assurance Maladie soit près d'un français sur trois.

-Perte de 10 128 médecins généralistes entre 2010 et 2022 soit 11% de la profession. (4)

-diminution du temps de travail pour un meilleur équilibre des vies professionnelle et privée indépendamment de la féminisation de la profession : 51% de femmes chez les médecins généralistes en activité et 65% de femmes chez les médecins généralistes de moins de 40 ans.

-baisse du nombre de visites à domicile : 77 millions en 2000 contre 22 millions en 2016. (5)

Pour y remédier les professionnels de premier recours tels que les pharmaciens, infirmiers et médecins généralistes ou encore masseurs-kinésithérapeutes ainsi que des professionnels de deuxième recours ont changé leur mode de pratique au profit d'un exercice plus coordonné.

Les professionnels de santé se sont regroupés dans des cabinets ou des structures d'exercice coordonné : MSP, ESP, CPTS... Leurs objectifs étaient d'une part de rompre l'isolement, et d'autre part de faciliter les échanges et les concertations autour du parcours de soins. Le développement de la pluriprofessionnalité a permis aux professionnels de mieux comprendre les compétences et l'expertise de chacun.

La coordination des soins primaires a pour but de rendre le cadre de travail plus attractif et interactif pour les professionnels tout en assurant une meilleure prise en charge des patients.

II. L'exercice coordonné en quelque dates (6)

- ⇒ 1996 : création des réseaux de soins
- ⇒ 2000 : création des Clics ou centres locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées et leur entourage
- ⇒ 2004 : **-création du parcours de soins coordonnés** avec désignation pour chaque assuré d'un médecin traitant exerçant le rôle de coordinateur de ce parcours de soins par la loi de l'assurance maladie du 13 août (7)

-création de l'association asalée
- ⇒ 2007 : **création des MSP**, ou maisons de santé pluriprofessionnelles introduites dans le Code de santé publique par l'article L. 6323-3 et par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007 pour l'année 2008 (8)
- ⇒ 2008 : création des MAIA ou maison pour l'autonomie et intégration des maladies Alzheimer, lieu de coordination des secteurs sanitaire et médico-social
- ⇒ 2009 : création des PAPS ou portail d'accompagnement des professionnels de santé par l'ARS selon la loi HPST 21 juillet (9)
- ⇒ 2016 : **création des ESP, CPTS** et PTA ou respectivement, équipe de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé et plateforme territoriale d'appui par la loi de modernisation de la santé du 26 janvier (10)
- ⇒ 2018 : présentation le 18 septembre du projet de Loi « ma santé 2022 » ayant pour objectif le déploiement de 1 000 CPTS d'ici la fin 2022 (11)
- ⇒ 2019 : création des DAC ou dispositif d'appui à la coordination (fusion des réseaux de santé, MAIA, PAERPA et PTA) par la loi n°2019-774 du 24 juillet (11)
- ⇒ 2021 : définition des missions et nouveau mode de financement des CPTS via l'ACI ou accord conventionnel interprofessionnel par l'ordonnance n°2021-584 du 12 mai et l'application retardée de certains décrets de la loi du 24 juillet 2019
- ⇒ 2023 : publication le 28 juin du rapport demandé par le Ministère de la Santé intitulé « Tour de France des CPTS » et recensant 756 CPTS en 2022 tous stades confondus. (12)

Au cours des dernières décennies, l'exercice libéral des médecins généraliste s'est progressivement détourné de son système artisanal et individuel au profit d'une coopération de plus en plus systématique entre les professionnels de santé.

III. L'exercice coordonné aujourd'hui

L'exercice coordonné se présente aujourd'hui sous différentes formes codifiées notamment par les textes de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 et plus récemment par la loi de modernisation de santé du 26 janvier 2016. Elles reconnaissent et définissent les formes suivantes (13)(14)(15).

➤ ESP ou équipe de soins primaires

C'est le premier niveau d'exercice coordonné. Il est constitué d'un médecin généraliste et d'un professionnel paramédical au minimum. Ils collaborent autour d'un projet de santé visant à améliorer la prise en charge et le parcours du patient. Ce projet doit être validé par un contrat avec l'ARS.

A plus grande échelle une ESP peut prendre la forme de MSP ou CDS.

La création d'une association est un préalable nécessaire afin de pouvoir percevoir les subventions versées par l'ARS pour l'élaboration du projet de santé

➤ ESS ou équipe de soins spécialisés

Dans ce cas les professionnels de santé se regroupent autour de médecins spécialistes, hors médecine générale.

➤ MSP ou maison de santé pluriprofessionnelle

L'équipe s'agrandit pour un minimum de deux médecins généralistes et un professionnel paramédical avec un projet de santé à plus large impact sur la patientèle et toujours validé par l'ARS.

Les professionnels peuvent exercer sur le même lieu ou en multi-sites. La structure juridique la plus répandue est la SISA ou Sociétés interprofessionnelle de soins ambulatoires, offrant une rémunération de l'Assurance Maladie. Le statut d'association selon la loi 1901 peut également être choisi.

➤ CDS ou centres de soins

La principale différence avec les maisons de santé repose sur l'activité salariée et non libérale.

➤ DAC ou dispositifs d'appui à la coordination

Ils sont le résultat de l'unification des réseaux de santé, des dispositifs MAIA, PAERPA et des plateformes territoriales d'appui (PTA), qui s'est achevée en juillet 2022. Ces dispositifs peuvent offrir des solutions à des situations complexes et variées : polyopathologies, maintien à domicile difficile, risque de rupture du parcours de soins...

Conformément à l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

➤ Protocoles de coopération

Le plus connu et répandu est le protocole de coopération asalée ou action de santé libérale en équipe. La coopération entre IDSP ou infirmier délégué à la santé publique, et médecin généraliste déléguant, a pour objectif d'améliorer la prise en charge de maladies chroniques, et d'effectuer certains dépistages. Voici une liste non-exhaustive de leur champ d'action (16) :

- le diabète et le pré-diabète
- les risques cardiovasculaires
- la BPCO ou l'asthme
- les troubles du sommeil
- le repérage des troubles cognitifs
- le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant et adolescent en surpoids
- l'accompagnement au sevrage tabagique
- la participation aux campagnes collectives de dépistage de certains cancers (mammographies, frottis col de l'utérus, et dépistage du cancer colorectal)

En 2020, six protocoles de coopération nationaux ont été définis pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en ambulatoire (18)(19) :

1. Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine
2. Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute
3. Prise en charge de la douleur lombaire par le masseur-kinésithérapeute
4. Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine
5. Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine
6. Prise en charge de l'éruption prurigineuse chez l'enfant de 12 mois à 12 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine

Ces protocoles nationaux étaient initialement destinés aux structures d'exercice coordonné type MSP ou CDS, et à partir de 2022 aux CPTS par dérogation. Mais l'arrêté ministériel du 9 mars 2023 élargit le cadre officiel aux CPTS pour deux protocoles : prise en charge pollakiurie/brûlure mictionnelle et prise en charge de l'odynophagie. Un nouvel arrêté est attendu pour les quatre autres protocoles.

- CPTS ou communautés professionnelles territoriales de santé

IV. Les Communautés professionnelles territoriales de santé

IV.1. La définition des CPTS

Les CPTS sont une forme de coordination plus large que l'ESP ou les MSP. D'une part sa composition s'étend à l'ensemble des acteurs de santé (15):

- professionnels de ville libéraux et salariés, médicaux et paramédicaux
- établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- acteurs de la prévention et/ ou promotion de la santé

D'autre part son projet de santé se caractérise par trois missions prioritaires et obligatoires qui ne concernent plus seulement la patientèle d'une maison ou centre de santé mais toute la population d'un territoire. Ce territoire étant libre de toute limite géographique et/ou administrative. Il est défini par les habitudes de collaboration des professionnels, les habitudes de consultation des patients et les flux de population vers les soins de deuxième recours (médecins spécialistes) et troisième recours (hôpitaux). Ses limites sont fixées par les professionnels eux-mêmes.

Il est ainsi important de rappeler que tout comme les ESP et les autres formes d'exercice coordonné, les CPTS se créent à l'initiative des professionnels.

Les CPTS ayant pour but de s'adapter au mieux aux besoins de la population, des professionnels de santé et aux spécificités du territoire, sa coordination se veut souple et organisée par les professionnels eux-mêmes.

Historiquement la CPTS présentait trois missions socles mais une quatrième a été rajoutée plus récemment à la suite du rôle qu'elle a joué lors de la pandémie COVID-19 dans notre pays. (17)

Ses missions socles sont les suivantes

- 1) Amélioration offre de soins (en facilitant l'accès à un médecin traitant et en organisant la prise en charge des soins non programmés)
- 2) Organisation de parcours pluri professionnel autour du patient (coordination entre les acteurs, éviter la rupture de soins, favoriser le maintien à domicile)
- 3) Actions territoriales de Prévention (vaccination, obésité, maladies chroniques, canicule ...)
- 4) Préparation d'un plan de réponse à une crise sanitaire exceptionnelle

Il existe également deux missions optionnelles

- 1) Développement de la qualité et pertinence des soins (groupes d'analyses de pratiques pluri professionnels, échanges autour de situations médicales particulières : plaies chroniques, etc...)
- 2) Accompagnement des professionnels sur le territoire (renforcer l'attractivité du territoire, faciliter l'accueil des stagiaires et l'installation des jeunes et nouveaux professionnels)

Depuis sa création la CPTS a évolué sur le plan des financements.

Initialement, la CPTS était financée par l'ARS via le FIR ou Fond d'intervention régional, qui était négocié chaque année avec des disparités régionales.

Depuis le 20 juin 2019 (21), la CPTS est financée par l'Assurance Maladie via l'ACI ou Accord conventionnel interprofessionnel, afin de promouvoir la CPTS par le biais d'une rémunération plus juste et pérenne.

En effet les sommes sont maintenant allouées pour cinq ans et dépendent de la taille de la population sur le territoire mais aussi du nombre de membres de la CPTS. Ces financements se répartissent en deux volets :

- les frais de fonctionnement de la CPTS (de 287 500 à 629 000 euros par an)
- les missions avec une rémunération en fonction du nombre et de la nature des objectifs atteints

La mise en place de l'ACI a été un apport décisif dans le déploiement des CPTS en France.

La création d'une CPTS se fait en plusieurs étapes.(20)(22)(23)

1) La Rencontre :

Faire se rencontrer et recenser les professionnels du territoire qui pourraient être intéressés par une collaboration autour d'un projet commun.

Possibilité de faire connaître à l'ARS la volonté de monter une CPTS sur un territoire.

2) Pré-projet ou lettre d'intention

Rédiger une lettre d'intention décrivant les actions qui seront mises en place par la CPTS, elle devra être validée par l'ARS. Celle-ci pourra alors verser un financement pour le diagnostic territorial et stratégique.

3) Diagnostic

Evaluer les limites et besoins du territoire, de la population, des professionnels, réfléchir au statut juridique/financement, à la gouvernance

4) Projet de santé

Il doit prendre en compte les problématiques identifiées dans le diagnostic ainsi que les missions nécessaires et obligatoires (missions socles) pour toute CPTS, et sera soumis à l'ARS et à l'Assurance Maladie pour validation pour une signature tripartite du projet de santé.

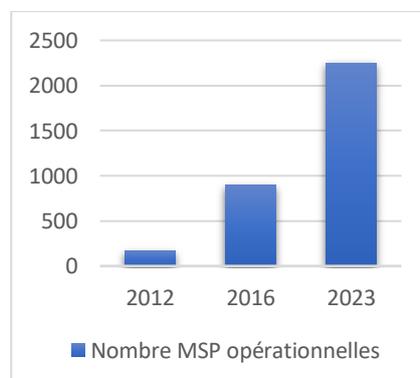
5) Signature contrat ACI-CPTS

Négociation auprès de l'Assurance Maladie après validation du projet de santé.

Au cours du processus et notamment sur l'élaboration du projet de santé, les professionnels de santé rencontrant des difficultés peuvent être accompagnés par l'Assurance Maladie par le biais d'une offre méthodologique dite « Accélérateur de projet », mais aussi par l'ARS ou encore par la fédération des URPS et en particulier l'URPS-ML. (22)

L'engouement des professionnels pour l'exercice coordonné se confirme avec notamment 69% des médecins généralistes installés en France exerçant en groupe en 2022 (déjà 61 % en mai 2019 dont 81% âgés de moins de 50 ans) dont 20% en MSP qui est à ce jour la forme dominante et privilégiée de l'exercice coordonné avec un nombre qui ne cesse de croître, tout comme celui des CPTS. (5) (24)(25)

Figure n°1 : Evolution du nombre de MSP opérationnelles entre 2012 et 2023



Source AvecSanté.

IV.2 Etat des lieux des CPTS en France

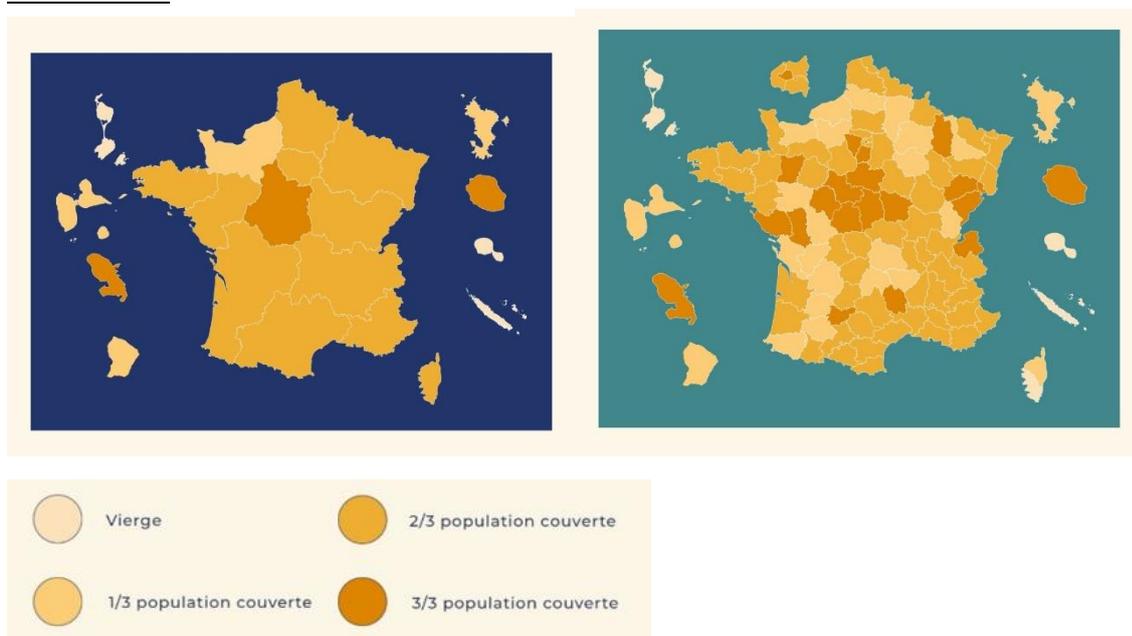
Les CPTS en France en 2023 selon la fédération des CPTS dont le dernier recensement a été mis à jour le 30 septembre 2023 sont au nombre de 782. (26)

Parmi ces **782 CPTS** on retrouve des organisations à des stades différents :

- 103 en phase de pré-projet
- 147 en cours d'élaboration de leur projet de santé avec lettre d'intention validée
- 64 en négociation de l'ACI après validation de leur projet
- 468 avec contrat ACI-CPTS signé

Actuellement, plus de 36,7 millions de personnes en France résident sur le territoire d'une CPTS dont le contrat ACI-CPTS est signé avec l'Assurance Maladie et L'ARS, soit plus de 55% de la population.

Figure n°2 : Comparaison de la couverture des CPTS sur le plan régional et départemental en France en mars 2023



Légende couleurs : couverture par les CPTS en projet et en fonctionnement

Source : Fédération nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

La couverture des CPTS en France semble homogène sur le plan régional mais présente en réalité des disparités sur le plan départemental.

Pour désigner les territoires dépourvus de CPTS on utilise le terme de « zones blanches », aisément identifiables sur la figure suivante, présenté dans « l'atlas CPTS » disponible sur le site du Ministère de la Santé et de la Prévention mis à jour régulièrement par les données de la DGOS. (27)

Figure n°3

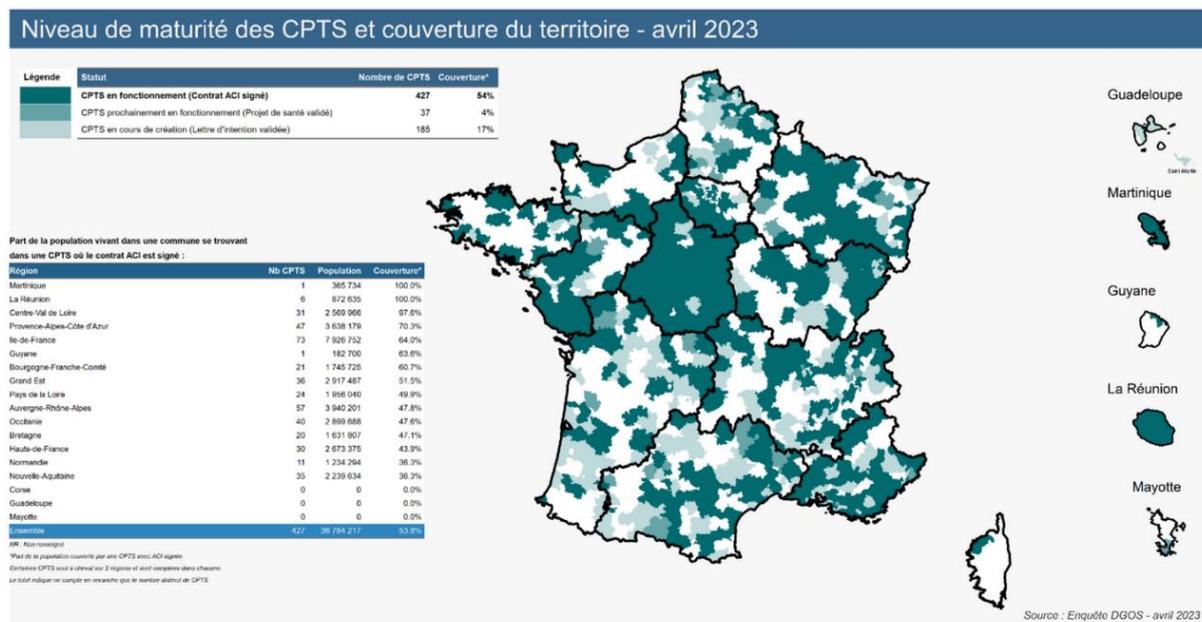


Figure n° 3 (suite)

Part de la population vivant dans une commune se trouvant dans une CPTS où le contrat ACI est signé :

Région	Nb CPTS	Population	Couverture*
Martinique	1	365 734	100.0%
La Réunion	6	872 635	100.0%
Centre-Val de Loire	31	2 569 966	97.6%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47	3 638 179	70.3%
Ile-de-France	73	7 926 752	64.0%
Guyane	1	182 700	63.6%
Bourgogne-Franche-Comté	21	1 743 306	60.6%
Grand Est	36	2 917 487	51.5%
Pays de la Loire	24	1 956 040	49.9%
Auvergne-Rhône-Alpes	57	3 940 201	47.8%
Occitanie	40	2 899 688	47.6%
Bretagne	20	1 631 807	47.1%
Hauts-de-France	30	2 673 375	43.9%
Normandie	11	1 234 294	36.3%
Nouvelle-Aquitaine	35	2 239 634	36.3%
Corse	0	0	0.0%
Guadeloupe	0	0	0.0%
Mayotte	0	0	0.0%
Ensemble	427	36 791 798	53.8%

Les régions d’outre-mer Martinique et Réunion sont en tête avec une couverture à 100% de leur population, suivie de la région Centre-Val de Loire (CVL) présentant la meilleure couverture en France métropolitaine par des CPTS opérationnelles avec un taux de presque 98% de la population.

Les taux ne dépassent pas 50% pour la moitié des régions françaises avec un retard marqué pour la Corse, la Guadeloupe et Mayotte bien que des CPTS soient à différents stades d’avancement sur ces mêmes territoires.

Malgré une hausse des adhésions des professionnels de santé et l’émergence de nouveaux projets des CPTS à la suite de la pandémie de COVID -19, l’objectif des 1 000 CPTS n’a pas été atteint en 2022.

Face à ce constat, le gouvernement a conforté sa volonté en mars 2023 de généraliser les CPTS à l'ensemble du territoire d'ici la fin de l'année. Pour réaliser cet objectif une mission « Tour de France des CPTS » a été confiée à des personnalités qualifiées dans le domaine : médecin généraliste membre d'une CPTS (et ex-secrétaire générale du Collège National de la Médecine Générale), le directeur de la CPAM de l'Essonne et le directeur de l'ARS des Hauts-de-France. (12)

Précisément 273 CPTS ont participé à la réflexion autour de cette mission et 19 CPTS ont été rencontrées entre mars et juin 2023 dans le but de faire un état des lieux des CPTS en France afin d'identifier les freins et leviers au développement des CPTS et mesurer l'efficacité de leurs actions.

Le rapport a été publié le 28 juin 2023 (28) et se veut optimiste sur la réussite d'une couverture à 100% de la population dans les prochains mois car selon les dernières estimations de la Caisse nationale d'assurance maladie ou CNAM, une couverture à 85% de la population sera effective à la fin de l'année 2023 si toutes les négociations d'ACI en cours aboutissent.

La conclusion fait état d'une satisfaction des professionnels impliqués dans les CPTS avec un bénéfice concret pour le patient et le système de santé en général.

IV.3. La particularité des CPTS en région Centre- Val de Loire

La région CVL a la particularité d'être la région de France Métropolitaine actuellement la mieux dotée en CPTS. On en compte selon le dernier relevé Atlas CPTS avril 2023 : 33 dont 31 CPTS en fonctionnement avec contrat ACI signé, soit presque 98 % de la population couverte.

Figure n°4

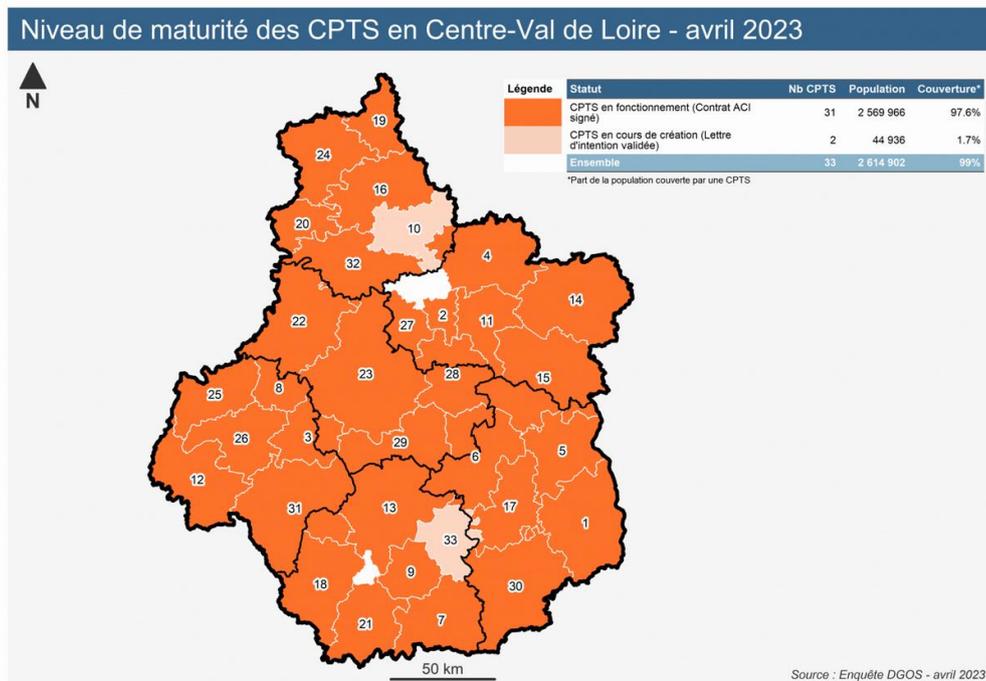


Figure n°4 (suite) : Niveau de maturité des CPTS en Centre-Val de Loire, avril 2023

ID carto	Nom de la CPTS	Population couverte	ID carto	Nom de la CPTS	Population couverte
1	CPTeSt	37 708	18	CPTS du Pays des Mille Etangs	22 186
2	CPTS'O	278 695	19	CPTS du Pays Drouais	96 351
3	CPTS Asclépios	64 102	20	CPTS du Perche	24 866
4	CPTS Beauce-Gâtinais	81 041	21	CPTS du Val de Creuse	27 474
5	CPTS Berry Val de Loire	27 094	22	CPTS du Vendômois	68 626
6	CPTS Berry Vierzon Sologne	65 820	23	CPTS La Salamandre	173 419
7	CPTS Boischaud Sud	28 334	24	CPTS Nord-Ouest de l'Eure-et-Loir	53 061
8	CPTS Castel Réseau Santé	24 973	25	CPTS Nord Touraine	35 484
9	CPTS Châteauroux & Co	76 402	26	CPTS O'Tours	391 579
10	CPTS Cœur de Beauce	22 277	27	CPTS Ouest Loiret	45 418
11	CPTS de l'Est Orléanais	71 392	28	CPTS Sologne	31 004
12	CPTS de la Rabelaisie	69 322	29	CPTS Sologne Vallée-du-Cher	58 386
13	CPTS du Boischaud Nord	39 773	30	CPTS Sud Cher	43 145
14	CPTS du Gâtinais-Montargois	130 157	31	CPTS Sud Lochois	58 027
15	CPTS du Giennois-Berry	79 801	32	CPTS Sud28	54 784
16	CPTS du Pays Chartrain	183 916	33	Issoudun	22 659
17	CPTS du Pays de Bourges	127 626			

Source DGOS avril 2023

Le succès des CPTS dans la région peut s'expliquer par plusieurs facteurs clés :

1) Le besoin :

La région CVL présente une des démographies médicales les plus faibles de France ce qui a prédisposé les professionnels depuis plusieurs années à réfléchir à des solutions pour maintenir l'offre de soins primaires tout en améliorant leurs conditions d'exercice afin de renforcer l'attractivité du territoire. Le nouveau mode d'organisation offert par les CPTS a parfaitement répondu à ce besoin, expliquant l'engouement des acteurs de santé de la région.

2) L'accompagnement :

La fédération des URPS s'est intéressée très tôt aux CPTS. (29) Dès l'hiver 2016, la fédération des URPS et l'URPS-ML conjointement à l'ARS Centre-Val de Loire se sont mises au service des professionnels pour les accompagner sur le plan technique et financier mais aussi méthodologique et humain pour l'élaboration de leur projet de santé :

Financement par L'ARS à hauteur de 50 000 euros/an, réflexion cartographique poussée sur la pertinence des limites territoriales, recrutement de quatorze coordinateurs territoriaux sur la période 2017/2019. L'évidence et l'efficacité de la coopération de la fédération des URPS des CPTS ont été le moteur du succès du déploiement à grande échelle sur l'ensemble des six départements de la région CVL. D'ailleurs ces postes de coordinateurs au départ financés par l'URPS-ML ont pour la plupart abouti à un poste salarié dans la CPTS qu'ils accompagnaient.

Les CPTS de la région CVL ont également eu d'autres soutiens : de la CPAM, de la MSA mais aussi financier avec la participation du Conseil Régional à hauteur de 20 000 euros pour chaque création de CPTS.

3) Le dynamisme :

Les CPTS de la région CVL ont continué à se démarquer bien après leur création, notamment par leur gestion de la crise sanitaire de la Covid-19, mais aussi par de nombreuses actions concrètes et fonctionnelles grâce aux professionnels motivés et investis dans leur communauté.

Cette coopération dynamique a permis l'élaboration de projets pertinents pour le territoire et la population. L'un d'eux a été cité dans le rapport « Tour de France des CPTS », (12) il s'agit de la coordination inter CPTS de l'Indre avec le SAMU et le SAS ou service d'accès aux soins. Des médecins volontaires des six CPTS de l'Indre ont créé des créneaux de consultations réservés aux soins non programmés. En 2022 sur les 17 232 appels basculés du SAMU vers l'opérateur du SAS ambulatoire 37% ont abouti à une consultation dédiée aux SNP (42% à des conseils médicaux, 14% à une prescription du régulateur directement vers officine, environ 8% de situations sans issues connues).

V. L'exercice coordonné dans le 3eme cycle d'études de Médecine Générale

V.1 Au niveau national

La formation à l'exercice coordonné est un défi relativement récent, que ce soit au niveau national ou international, l'OMS a publié en 2010 un « Plan d'action pour l'éducation interprofessionnel et pratiques collaboratives ». (30)

Car l'apprentissage de l'exercice coordonné passe aussi par la découverte et la compréhension des compétences et champs d'action des autres professions de santé.

Une étude descriptive portant sur « la formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en troisième cycle : un état des lieux en France » a été réalisée en 2018 et la totalité des 35 Départements universitaires de Médecine Générale (DUMG) a répondu au questionnaire. (31)

Pour la grande majorité, la formation à l'interprofessionnalité est considérée comme prioritaire mais le temps (49%), les ressources financières (34%) et la disponibilité des enseignants (49%) sont des freins majeurs au développement des enseignements interprofessionnels.

Sur le plan théorique, pas plus de 20 DUMG sur 35 proposent des cours sur les compétences ou champs d'action des autres professions. Sur le plan pratique, 32 sur 35 DUMG défendent une mise en relation régulière avec d'autres professions sur le terrain des stages ambulatoires, mais la réalisation des stages ambulatoires au sein d'une structure pluriprofessionnelle ne concerne qu'entre 0 et 25% des 22 DUMG sur 35.

Tableau n°1 : Enseignement théorique et pratique au sein des DUMG en France
au cours de l'année 2017/2018

	France (n=35)	Etranger (n=4)
Enseignements théoriques :		
Présence d'un ou plusieurs cours sur les compétences des autres professions de santé	19	2
Présence d'un ou plusieurs cours sur les champs d'action des autres professions de santé	20	3
Présence d'enseignements avec d'autres étudiants en santé	13	3
Présence d'enseignants non médecins	20	3
Aucune des propositions	5	0
Enseignements pratiques :		
Lors des stages ambulatoires, mise en relation régulière avec d'autres professions de santé	32	4
Lors des stages ambulatoires, réunions communes avec d'autres professions de santé	23	4
Lors des stages ambulatoires, travail avec d'autres professions de santé autour de situations de patients ?	22	4
Lors des stages ambulatoires, projets autour de patients	12	4
Aucune des propositions	2	0
Proportion des stages ambulatoires en médecine générale effectués dans des structures où travaillent d'autres professions de santé :		
0%-25%	22	2
25%-50%	5	0
50%-75%	2	0
75%-100%	1	2
Ne sait pas	5	0

Tableau 5. Analyse descriptive des formations théoriques et pratiques
dans les différentes universités

Depuis 2018, l'exercice coordonné a continué de se développer, comme nous l'avons vu précédemment, jusqu'à occuper une place centrale dans le système de santé au niveau de l'organisation des soins primaires. En 2021, les services du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et du Ministère des Solidarités et de la Santé, ont évalué plusieurs projets de formation interprofessionnelle qui ont été validés par un arrêté ministériel en date du 9 septembre 2021 autorisant « les expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignement communs et l'accès à la formation par la recherche ». (32)

Vingt universités françaises sont concernées avec des projets intéressants des professions médicales ou paramédicales ; mais seul le DUMG de l'Université de Nantes a proposé un projet concernant le DES de Médecine Générale intitulé « Pôle Fédératif des Soins Primaires » qui a été mis en place dès la rentrée universitaire 2021-2022 pour une durée de cinq ans. (33)

Voici ses objectifs relatifs à la formation tels qu'ils sont présentés sur le site officiel du DMG de Nantes :

1) Former les étudiants, futurs professionnels de santé au travail en équipes

Tel que mentionné dans l'article 4 de l'arrêté du 21 avril 2017.

-En stage : permettre l'agrément des professionnels travaillant en équipe

-En formation facultaire, lors de temps interprofessionnels

2) Former les étudiants futurs professionnels de santé aux compétences partagées

Ceci nécessite l'agrément de professionnels de santé (et non de seuls médecins) en vue de l'obtention du statut de maître de stage des universités permettant l'accueil d'interne en DES de médecine générale. Les Partenaires souhaitent que l'accueil des internes ne soit pas réservé strictement à des médecins ou à des services hospitaliers. Dans le cadre d'une première étape, ceci permettra de développer l'offre de stage en « santé de la femme » en constituant des trinômes de professionnels de santé ambulatoire comportant des sage-femmes.

V.2. Au DUMG de Tours

Les étudiants pour le Diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Tours comme tous les autres étudiants en DES de Médecine Générale en France doivent acquérir certaines compétences pour être diplômé. Elles sont au nombre de six et parmi elles se trouve la compétence « continuité, suivi et coordination des soins autour du patient ». (34)

L'exercice coordonné n'est pas enseigné en tant que tel. Le DES de Médecine Générale recommande l'acquisition de certaines pratiques interprofessionnelles comme « met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médico-sociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique ». Il en exige d'autres comme « analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient »

Figure n°5 : Tableau traces et niveaux de compétence-items à clés

CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT				
Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.				
Niveau	description du niveau	trace/observation attendu	Nom de la trace	Phase
Novice	Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients	Validation par le MSU		SOCLE
	Utilise le dossier médical			
	Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin	Validation par le MSU		
	Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
	Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		
Intermédiaire	Met en place une relation médecin malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites			SOCLE
	Se rend disponible pour la permanence des soins			
	Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations			
	Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi			
	Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche			
Compétent	Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi	Validation par le MSU et le chef de service hospitalier		APPROFONDISSEMENT
	Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours			
	Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)			
	Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi	Validation par le MSU		
	Hierarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient	Trace d'apprentissage		
	Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient	Validation par le MSU		
	Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux	Trace d'apprentissage		
	Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient	Trace d'apprentissage		
	Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective, de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage	Perspectives		
Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile	Trace d'apprentissage			
Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins y compris lors de ses absences	Perspectives			

Source DUMG de Tours

Le DES de médecine générale implique également des stages obligatoires à réaliser dans un certain ordre depuis la réforme de 2017 (37). Les futurs médecins généralistes doivent réaliser au minimum deux stages ambulatoires sur les six stages de la maquette l'un, en première année auprès d'un médecin généraliste au cours duquel la mise en autonomie est progressive appelé niveau 1, et le second, en troisième année appelé SASPAS ou stage ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée. Les autres stages sont essentiellement hospitaliers. Le nombre important de Maîtres de stage universitaire ou MSU exerçant au sein d'une structure d'exercice coordonné est une chance, pour les internes de Médecine générale de découvrir les différentes formes d'exercice coordonné ; mais cette expérience ne sera pas vécue par l'intégralité des internes.

Le DUMG de Tours présente également sur son site internet dans l'onglet *enseignement*, des enseignements avec des partenaires d'autres disciplines notamment « les enseignants de soins palliatifs, le GEMAC (Groupe d'étude des manipulations articulaires du Centre), l'assurance maladie... » (35)

En 2020, le DUMG proposait aux internes de Médecine Générale des GEAP (Groupes d'échanges et d'analyse de pratique) conjointement avec des étudiantes sage-femmes et plus récemment un Enseignement Dirigé était proposé pour rencontrer des IPA (Infirmier en pratique avancée) sur le site de la Faculté de Médecine.

Le site du DUMG de Tours fait aussi mention dans son onglet *recherche* de « l'Education Ethique Santé » ou EES. C'est une équipe fondée par trois départements universitaires de Tours : le département de Santé Publique, le Département des Sciences de l'éducation et de la formation et le DUMG. Elle a pour objectif de favoriser par ses travaux de recherche un approche pluri, inter et transdisciplinaire, y compris dans le parcours de santé et le parcours de formation. (36)

V.3 L'exercice coordonné dans le 2^{ème} cycle d'études de Médecine Générale

La prise en compte de l'exercice coordonné dans la formation théorique et pratique au cours de l'internat de Médecine générale tarde à se mettre en place mais l'ensemble des mesures prises au niveau universitaire permet de le faire connaître dès le début du cursus.

Parmi les nombreuses formes de formation interprofessionnelle et collaboration interprofessionnelle mises en place par les différentes universités françaises pour les étudiants du deuxième cycle, on peut citer **le service sanitaire**. Il a été défini par l'arrêté du 12 juin 2018 (38) et l'un de ses objectifs est de « favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité lors des formations suivies et des actions réalisées ». Il a été mis en place à la faculté de Médecine de Tours dès la rentrée 2018-2019 pour les étudiants de 2^{ème} année ou FGSM2.(39) Le service sanitaire s'organise sur deux années : pendant la première, les étudiants suivent par groupe de 25 des cours magistraux, enseignement et travaux dirigés et lors de la deuxième année, ils réalisent des journées de stage à travers le territoire notamment au sein de structures d'exercice coordonné comme les MSP ou les CPTS.

VI. Motivations personnelles

J'ai personnellement entendu le terme CPTS pour la première fois au cours de ma première année d'internat. Il a été prononcé entre mon MSU et un de ses confrères de la MSP où j'effectuais mon stage de Niveau 1 en mai 2018. J'étais seulement observatrice de la discussion et je me suis figurée que c'était une forme juridique comme la SISA ou la SCM.

Je n'ai plus entendu parler des CPTS jusqu'au moment de la pandémie COVID- 19. Pendant la 1^{ère} vague, j'étais en stage ambulatoire santé de la mère et de l'enfant et l'activité s'étant fortement restreinte, je cherchais un moyen de me rendre plus utile. En me renseignant, j'ai découvert que la CPTS du secteur où je résidais avait mis en place dès les premières semaines de confinement plusieurs centres de dépistage. Pour des questions d'assurance, la faculté m'a plutôt encouragée à prêter main forte au secteur covid des urgences du centre hospitalier le plus proche. Mais j'ai eu l'opportunité de réaliser mon SASPAS lors du stage suivant dans cette même CPTS dont le président était mon MSU et futur directeur de cette thèse. Grâce à lui, j'ai découvert les CPTS, leurs missions, leur fonctionnement et leurs actions concrètes.

J'ai été témoin, pendant que la pandémie COVID 19 perdurait, de sa gestion des ressources matérielles (masque, SHA, vaccin) et humaines (certains professionnels paramédicaux ont dû arrêter leur activité mais ont pu se rendre utiles dans le centre de vaccination organisé par la CPTS). C'était une révélation et je ne comprenais pas pourquoi je n'en avais jamais entendu parler à la faculté, dans les médias ou par d'autres internes.

Après avoir choisi d'étudier les CPTS pour ma thèse, les premières recherches bibliographiques sur le sujet m'ont fait découvrir une vision plus nuancée des CPTS, l'engouement n'était pas partagé par tous les professionnels de santé installés, et notamment les médecins généralistes (40). Mais je n'ai trouvé aucune étude s'intéressant au point de vue des futurs médecins généralistes.

VII. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'explorer les représentations des Etudiants de Médecine Générale inscrits à la Faculté de Médecine de Tours sur l'exercice coordonné au sein d'une CPTS.

L'objectif secondaire était de recueillir leur ressenti sur leurs connaissances et leur mode de découverte de l'exercice coordonné, et notamment au sein d'une CPTS.

Matériel et Méthode :

1) Choix du type d'étude

En commençant notre travail de thèse en janvier 2021, nous avons hésité entre plusieurs types d'analyses possibles. Etant novice en matière de méthodologie mon directeur et moi-même, nous avons demandé l'appui de la commission de thèse du DUMG. Après une première approche en novembre 2022 par la méthode DELPHI, nous avons écouté les conseils des membres du DUMG, car le sujet de notre thèse évoquait une organisation trop récente, avec insuffisamment de références bibliographiques pour étayer notre hypothèse. Ce qui ne nous permettait pas alors, la recherche d'un consensus par la méthode DELPHI (notre objectif était d'élaborer un consensus sur les informations à délivrer aux internes de médecine générale sur les CPTS).

Il s'agit donc d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé.

2) Population étudié

Nous voulions au départ que notre étude porte sur l'ensemble des internes de médecine générale inscrits à la Faculté de Médecine de Tours pour avoir un éventail de représentations le plus large possible sur les CPTS. En prenant avis auprès de Madame Céline Dagot, chercheuse et enseignante en sociologie, nous avons décidé de centrer notre population d'étude sur les étudiants en fin de cursus, pour ne pas créer de biais d'interprétation en généralisant des représentations, alors qu'ils n'ont pas tous effectué le même nombre et le même type de stage. De plus, les étudiants en fin de cursus commençant à se projeter concrètement sur leur futur professionnel, sont plus à même d'émettre un avis sur l'exercice coordonné et les CPTS.

Nous avons défini les critères suivants :

-Inclusion : « être inscrit à la faculté de Médecine de Tours en DES de Médecine Générale ou année de thèse post DES de médecine générale » et « avoir validé ou être en cours de stage SASPAS »

-Exclusion : « avoir soutenu sa thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine »

3) Recueil des données

Nous avons cherché à solliciter les étudiants en SASPAS des semestres été 2022, hiver 2023 et été 2023 sur les adresses mail universitaire « prénom.nom@etu.univ-tours.fr » sans aucune réponse.

Nous avons échangé avec Madame Charlotte de Fontgalland, responsable Recherche et Formation au sein de l'URPS-ML, qui nous a proposé de diffuser la demande de participation aux entretiens sur le canal URPS/CPTS, afin que les maîtres de stage universitaire puissent à leur tour en parler aux internes. Pas de réponse non plus.

C'est finalement par une publication sur le groupe des « internes de Médecine Générale de Tours » de l'application Facebook®, que nous avons pu recruter les premiers participants de notre étude. Il nous a fallu deux relances supplémentaires pour recruter huit participants.

Ce groupe Facebook® est utilisé depuis plusieurs années, pour rechercher les participants nécessaires aux études qualitatives et quantitatives portant sur la population des internes de médecine générale.

A la suite de la prise de contact, les entretiens ont été réalisés entre mars et juin 2023 en visioconférence via le logiciel Zoom®. Ils ont été menés en suivant un guide d'entretien préalablement rédigé, présenté à Madame Céline Dagot et validé par le directeur de thèse [annexe 1].

Ce guide d'entretien a évolué au cours des entretiens selon le principe de l'itération. Pour permettre une attitude d'écoute la plus objective possible au cours des entretiens, plusieurs techniques de réponses/relance des études qualitatives ont été utilisées telles que les « pauses actives » (silence de cinq secondes avec contact visuel), hochement de tête et répétition des derniers mots. Un enregistrement audio sur dictaphone a été réalisé pour chacun des entretiens.

4) Analyse des entretiens

Nous avons dû exclure de l'analyse un des huit entretiens car il avait été enregistré en amont de notre réunion avec Madame Céline Dagot et concernait un interne en deuxième année de DES qui n'avait pas encore effectué son SASPAS et qui ne répondait plus aux nouveaux critères d'inclusions de l'étude. Les autres entretiens ont été intégralement retranscrits de façon anonymisée sur le logiciel de traitement de texte Word®.

Nous avons analysé le verbatim ainsi obtenu en nous basant sur le manuel « initiation à la Recherche qualitative en Santé » (41). Nous avons effectué une analyse ouverte en trois étapes inspirée de la théorisation ancrée :

- plusieurs relectures des retranscriptions (minimum deux pour chaque entretien) permettant de se familiariser avec le verbatim avant de faire un étiquetage expérientiel (les deux premiers entretiens ont subi un double étiquetage thématique et expérientiel afin de s'habituer à la technique de codage)
- l'identification des propriétés à partir des étiquettes expérientielles
- la construction des catégories à partir des propriétés.

L'analyse des deux premiers entretiens a été confrontée à celle d'une chercheuse expérimentée en sociologie (AR) offrant d'une part, une triangulation partielle des données, et d'autre part, une réassurance pour l'analyse du reste du verbatim en tant que novice.

Une saturation théorique des données a été obtenue lors de l'analyse du cinquième entretien et nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires pour confirmer le phénomène.

5) Cadre éthique et légal

Nous avons contacté en mars 2023, la déléguée à la protection des personnes de l'université de Tours, Madame Magali Rehault concernant l'enregistrement à la CNIL ou Commission nationale de l'informatique et des libertés. Notre étude, évaluant une pratique professionnelle, se classe en Recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH), dite aussi Hors Loi Jardé. De plus, le type de données collectées lors de l'entretien semi-dirigé, ne permettant pas l'identification du participant, nous avons eu confirmation de la non-nécessité d'un enregistrement auprès de la CNIL ; à condition que les enregistrements audio soient bien détruits à la fin de la recherche.

L'étude hors Loi Jardé rend également inutile une demande d'autorisation auprès d'un Comité de protection des personnes.

L'avis éthique n'est pas une obligation réglementaire. Il est demandé par certaines revues en cas de publication mais dans notre cas, la publication n'est pas envisagée. Il peut être demandé ultérieurement.

Chaque participant a reçu avant la réalisation de l'entretien une fiche d'information expliquant le déroulé de l'étude et sa totale libre participation, ainsi qu'un texte sur le recueil de consentement, que le participant a lu à voix haute, et qui a été enregistré sur un fichier à part en début d'entretien.

A la fin de la retranscription l'ensemble des fichiers audios ont bien été détruits.

Résultats

Pour des raisons de confort de lecture, nous avons choisi de surligner en gris les extraits de verbatim, en plus de la typographie classique, avec texte entre guillemets et en italique.

I. Caractéristiques des participants et des entretiens :

	Sexe	Age	Promo ECN	Semestre en cours	Date de l'entretien	Durée de l'entretien
EMG 1	Féminin	28 ans	2019	1 ^{ère} année de thèse	06/03/2023	55 minutes
EMG 2	Masculin	26 ans	2020	SASPAS	08/03/2023	1 heure et 18 minutes
EMG 3	Masculin	50 ans	2018 et 2019	1 ^{ère} année de thèse	13/03/2023	1 heure et 6 minutes
EMG 4	Féminin	32 ans	2018	2 ^{ème} année de thèse	14/03/2023	1 heure et 8 minutes
EMG 5	Féminin	33 ans	2016	3 ^{ème} année de thèse	20/03/2023	1 heure et 2 minutes
EMG 6	Féminin	28 ans	2020	2 ^{ème} SASPAS	22/06/2023	1 heure et 5 minutes
EMG 7	Féminin	27 ans	2019	1 ^{ère} année de thèse	26/06/2023	1 heure et 42 minutes

La durée moyenne des entretiens est de 70 minutes.

II. La vision des EMG sur l'exercice coordonné :

II.1. Une formation contestée

➤ Absence de formation

Quatre EMG sur sept considèrent n'avoir jamais reçu de formation théorique au cours de leurs études sur l'exercice coordonné

EMG 1 : « dans la formation universitaire ? j'ai pas l'impression qu'on soit formé à l'exercice coordonné »

EMG 3 : « ça n'existe pas dans la formation ... en tout cas pas à ma connaissance, j'en ai pas bénéficié, j'en ai pas entendu parler... »

➤ DES Médecine Générale

Pour 3 EMG sur 7, il existe bien une formation théorique à l'exercice coordonné : deux EMG assimilent un compétence sur la coordination des soins qui doit être acquise pour l'obtention du DES de Médecine générale à l'exercice coordonné.

EMG 7 : « c'est même un des items pendant l'internat "la coordination des soins" »

EMG 3 : « une des compétences de la marguerite, je dis comme ça, ça peut être "coordination des soins" ça existe [...] mais coordination effectivement au sein d'une CPTS ça non ! »

➤ Première année de Médecine

Et l'EMG 6 évoque même le souvenir incertain d'une formation dès le début du cursus dans les cours de « Sciences Sociales et Humaines » au cours de la 1ere année (ex PACES).

EMG 6 : « je crois que j'ai entendu ça en sciences humaines, donc ça veut dire en PACES, on avait un module de sciences humaines à la fin c'était la santé publique et ils nous expliquaient les soins de premier recours euh...enfin oui je pense que ça vient de là ».

II.2. Une définition approximative

➤ Absence de définition de l'exercice coordonné

- Aucun des sept EMG n'a pu donner de définition exacte de l'exercice coordonné, mais l'aspect pluri professionnel est mis en avant pour l'EMG 6 il s'agit d'une approche globale centrée sur le patient

EMG 6 : « exercice coordonné ? alors exercice coordonné...je ne sais même pas ce que ça veut dire en soit l'exercice coordonné euh... l'exercice coordonné je ne sais pas, bah pour moi c'est quand il y a différents professionnels dans la même structure pour que le patient puisse euh puisse voyager en fait entre les professionnels [...] donc c'est vraiment cet aspect, on essaye d'avoir un regard un peu plus global du patient pour pouvoir l'accompagner dans sa façon de faire, dans sa façon d'être et de s'adapter plutôt à lui plutôt que lui à nous quoi... »

EMG 7 : « ben ça me fait penser aux maison de santé...aux maisons de santé principalement »

➤ Méconnaissance des différentes formes d'exercice coordonné

Les différentes formes d'exercice coordonné sont pour la plupart connu que de nom.

- Au sujet des **maisons de santé pluriprofessionnelles** :

Les sept EMG connaissent les MSP mais ne sont pas tous aussi confiant sur leur maîtrise du sujet

EMG 4 : « euh absolument pas... bah ouais mais je sais pas du tout euh dans euh enfin à quoi ça correspond, pour l'instant la MSP, je commence à découvrir un peu les ... les dessous »

-A propos des **équipes de soins primaires** :

- Deux EMG sur sept connaissent le principe

EMG 1 : « je sais qu'il y a les ESP aussi, euh je sais plus ce que c'est l'acronyme mais en gros c'est des professionnels qui sont chacun dans leur cabinet mais qui travaille en coordination quand même »

- Deux EMG sur sept ne connaissent que de nom

EMG 6 : « ouais ça me parle vaguement ... mais sans plus quoi...c'est un terme que j'ai déjà entendu, est ce que je saurais le définir ? non, clairement »

- Trois EMG n'en ont jamais entendu parler

EMG 7 : « ESP ? équipe de soins... euh non... je me suis dit « équipe » parce qu'il y a beaucoup d'équipe : équipes mobiles, etc...mais primaires, équipe de soins primaires je ne connais pas du tout... »

- Concernant les **Centres de Santé** :

- Seulement deux EMG peuvent donner une définition

EMG 4 : « ils faisaient partie d'un centre de santé, donc ils m'en parlaient un petit peu de ce qu'ils faisaient »

- Pour 5 EMG sur 7 EMG la notion est inconnue ou erronée

EMG 3 : « centres de santé pour moi c'est une MSP... »

II.3. Une première expérience hospitalière

➤ Un travail d'équipe dans les services

Pour 3 EMG sur 7 la collaboration interprofessionnelle est présente dès les premiers stages hospitaliers.

EMG 1 : « après nous l'exercice coordonné enfin...je pense qu'on en a toujours fait dans le sens où on était dans des stages hospitaliers en tant qu'externe tout ça, donc finalement on a toujours été en équipe pluri disciplinaire »

EMG 5 : « c'est vachement important, euh...parce que déjà ça rappelle un peu l'exercice hospitalier où euh...où vraiment chacun est spécialiste de son métier et on travaille ensemble »

➤ Une expérience parfois traumatisante

Pour EMG 4 les stages de l'externat en CHU ont été particulièrement mal vécus.

EMG 4 : « et j'ai très très mal vécu mes études euh... mon externat où vraiment tu es le sous-fifre, tu es méprisé [...]donc euh voilà des trucs où tu es agressé même par la secrétaire parce que de toute façon elle, elle a passé une sale journée que.. elle est déjà méprisée par l'ensemble des médecins et que sous prétexte que tu es l'externe tu es encore plus bas qu'elle et que donc elle peut ...enfin moi je suis désolé mais je en veux pas travailler comme ça »

➤ Un continuum entre l'hôpital et le libéral

Quatre EMG sur sept voient leurs stages ambulatoires dans le prolongement de leurs stages hospitaliers :

EMG 6 : « ça permet de retrouver un petit peu quelques codes de l'hôpital en ville »

EMG 2 : « je pense que c'est dans la continuité »

II.4. Le nouveau paradigme de la Médecine générale ambulatoire

➤ Un fossé générationnel

Six EMG sur sept s'identifient à une nouvelle génération de médecins généralistes dont la vision contraste avec celle des générations précédentes.

EMG 1 : « parce que je trouve que c'est important pour nous aussi les jeunes médecins, on a toujours travaillé soit à l'hôpital soit coordonné, enfin c'est...un truc qu'on a toujours connu pas comme les vieux médecins qui ont parfois un peu de mal à, à s'y mettre et encore pas tous »

EMG 4 : « en plus effectivement nous on est quand même mieux formé en tant que médecin généraliste que l'ancienne génération qui n'avait jamais foutu les pieds en ville avant ses premiers remplacements [...] y a une différence entre la nouvelle et l'ancienne génération »

➤ Rejet du paternalisme

Pour 4 EMG sur 7 la relation du médecin avec le malade et les autres professionnels a évolué.

EMG 2 : « ... les vieux médecins ont toujours appris à rester sur leurs positions, encore une fois c'est le médecin, le dogme paternaliste qui dit on fait ça on fait ça [...] cette pluri professionnalité en fait c'est le, c'est la suite de la fin du paternalisme du médecin en fait, je pense que c'est dans la continuité »

EMG 5 : « le vieux truc des années je sais pas combien où euh...où on plaçait les médecins vraiment au sommet de la chaîne alimentaire et les autres ne sont que des sous-fifres et que euh le médecin est le sachant tout puissant »

➤ Valorisation de la pluriprofessionnalité

- Pour 5 EMG sur 7, la pluriprofessionnalité dans l'exercice coordonné est un prérequis en Médecine Générale.

EMG 5 : « la pluri professionnalité, l'inter professionnalité c'est quelque chose d'important en tant que médecin généraliste

EMG 7 : « après l'exercice coordonné il est obligatoire en médecine générale en fait il y a pas, je pense qu'il y a aucun médecin qui ne fait pas au minimum de l'exercice coordonné c'est...je pense que oui il (rires) il y a pas le choix il y a forcément de la coordination, j'ai presque envie de dire que c'est dans la définition du médecin généraliste qui est coordinateur » « L'exercice coordonné bah je pense qu'en Médecine générale c'est essentiel »

- Pour 4 EMG sur sept il est indispensable de reconnaître la valeur de chaque profession et de travailler sur un pied d'égalité. 2 4 et 5

EMG 4 : « moi je trouve qu'en libéral on travaille un peu plus sur un pied d'égalité quand même [...] euh travailler avec les autres disciplines en libéral c'est plutôt confortable ouais... t'as moins cet aspect effectivement de hiérarchie [...] on est pas là pour travailler dans une pyramide on est là pour travailler

ensemble et on fait pas la même chose et je serais incapable de faire leur travail et euh... c'est normal qu'elle ne sache pas faire le mien... »

EMG 7 : « en vrai on n'a pas appris les choses de la même façon et donc on n'a pas le même regard et c'est très complémentaire »

- Pour 2 EMG sur 7 il s'agit de faire mieux qu'à l'hôpital.

EMG 6 : « c'est un peu comme à l'hôpital mais dans un esprit plus familial, c'est-à-dire que t'as quand même tout l'exercice coordonné et tout est à côté, si tu as besoin tu as les infirmières...c'est un peu la reproduction de l'hôpital mais en mieux, en plus...empathique »

II.5. Les interlocuteurs de premier recours

Les EMG ont bien identifié les professionnels de premier recours, certaines professions semblent en collaboration plus étroite que d'autres avec les médecins généralistes.

➤ Les Infirmiers diplômés d'Etat

Les IDE sont citées par 7 EMG sur 7 comme étant des collaborateurs privilégiés pour les médecins généralistes.

EMG 2 : « après je dirais que mes, mes principales interlocutrices ça reste les infirmières »

EMG 6 : « je pense surtout aux infirmières, parce que c'est elles qui sont là tous les jours pour les soins »

EMG 7 : « je m'appuie beaucoup sur les infirmières [...] sur leur expérience sur leurs connaissances »

➤ Les pharmaciens

2 EMG sur sept décrivent également une collaboration déterminante entre médecin et pharmacien

EMG 7 : « les collaborateurs de proximité c'est vraiment les pharmaciens, les infirmières, éventuellement les kinés [...] c'est beaucoup de collaboration avec les pharmaciens, les pharmaciens collaborent beaucoup, en fait dans nos études on collabore très peu je trouve avec les pharmaciens, et euh c'est ça que j'aime bien aussi dans la Médecine Générale c'est qu'on a vraiment une vraie relation avec les pharmacies du coin »

➤ Les kinés

Ils sont cités par les sept EMG comme faisant partie des professionnels de soins primaires.

EMG 2 : « la pluriprofessionnalité il la vit là-bas, avec beaucoup de kinés, beaucoup d'échanges avec les kinés »

➤ Les familles

Pour l'EMG 7 l'entourage du patient participe également à la coordination des soins.

EMG 7 : « on pourrait même parfois rajouter les familles dans la coordination des (rires) des soins, on va dire dans les partenaires pour coordonner les soins parce que je pense notamment aux personnes âgées, la coordination des soins elle se fait aussi avec la fille, le fils, c'est lui qui prend les RDV pour les spécialistes euh qui gère les aides à domicile, ça nous délègue d'ailleurs »

II.6. Les nouveaux métiers de la santé

Les EMG sont également à l'aise avec les nouveaux métiers de la santé : IDE asalée et les infirmiers en pratique avancée.

➤ Les IDE asalée

Cinq des sept EMG évoquent leur collaboration avec les IDE asalée.

EMG 1 : « notamment là où je travaillais il y avait une infirmière ASALEE et ça c'était chouette pour euh pour les patients qui avaient besoin de beaucoup plus de temps pour expliquer leur pathologie, les prises en charges les choses comme ça »

EMG 7 : « il y avait une IDE asalée qui était, qui faisait asalée mais qui était aussi libérale, et euh notamment avec elle c'était vraiment très très intéressant »

➤ Les IPA

Trois des sept EMG abordent aussi les IPA.

EMG 1 : « il y avait un IPA qui venait nous parler de la BPCO [...] cette réunion pluri professionnelle qui était très sympathique hein, où j'ai appris pleins de choses, notamment sur les IPA »

EMG 2 : « j'entends tout le monde poser beaucoup de questions et émettre pas mal d'opposition vis-à-vis euh de l'exercice des IPA et donc j'étais allé faire un ED à la fac euh où en fait je rencontrais des étudiants de 2^{ème} année »

II.7. Les attentes et les projets d'installation des futurs médecins généralistes

➤ Ne pas être seul :

Six EMG sur sept affirment de ne pas vouloir exercer de manière isolée.

EMG 1 : « ça va dépendre de pleins de choses bien sûr, mais euh, en tout cas je ne veux pas être seule »

EMG 2 : « mon projet professionnel futur n'a jamais été de travailler seul »

➤ Projet incertain

L'installation paraît lointaine pour 3 EMG sur 7 même si des ébauches se forment. Ils envisagent les remplacements pour expérimenter davantage de formes d'exercice avant de se décider.

EMG 7 : « c'est pour ça que moi je veux continuer à faire des remplacements pour voir vers où je vais, enfin vers quoi je vais me diriger... »

➤ Projet défini

Pour les cinq autres EMG il existe des objectifs plus précis.

- Du point de vue de la zone géographique pour 4 EMG sur 7.

EMG 2 : « moi je suis du sud ouest [...] mon projet de soins à terme c'est dans le sud ouest, et je le clame haut et fort »

EMG 5 : « retourner en Martinique pour m'y installer en libéral »

- Ou du type d'activité pour 3 EMG sur 7.

EMG 2 : « je suis intéressé par la médecine du sport donc je ferai un DU de médecine du sport rapidement après »

EMG 7 : « moi ce que j'ai beaucoup aimé c'est de travailler en centre de planification et d'éducation familiale, ça j'aimerais bien avoir pourquoi pas une activité une journée par semaine »

➤ Equilibre vie privée et vie professionnelle

Trois EMG sur sept expriment le besoin d'un meilleur équilibre entre les vies personnelle et professionnelle. L'EMG 4 a été confronté de plein fouet au risque de burn out/suicide des médecins généralistes.

EMG 2 : « je sais pas encore où je vais habiter, peut être que j'aurais trop à faire dans ma maison et que j'aurais autre chose à faire de mes soirées (rires) que d'être en réunion, je ne sais pas [...] où est ce que je serais dans cinq ans et si j'ai des gosses bah ils passeront avant »

EMG 4 : « on a déjà un métier pas facile [...] il s'est suicidé [...] c'est surtout je pense un médecin qui était très très investi dans son métier mais surtout pour remplir le vide de sa vie en fait...euh il avait pas grand-chose à côté et finalement être seulement médecin ça ne lui a pas suffi »

III. Les MSP : un modèle d'exercice cordonné

III.1. Une expérience commune

Les sept EMG sont déjà passés en stage au sein d'une MSP.

EMG 1 : « la MSP c'est, enfin c'est cool parce qu'il y a plusieurs disciplines enfin plusieurs professionnels »

EMG 7 : « oui c'est vrai que l'exercice...oui en maison de santé euh m'a bien plu »

III.2. Des avantages reconnus

➤ Une ambiance bienveillante pour un cadre de travail agréable

EMG 1 : « enfin l'ambiance est quand même top, en fait je veux un endroit où on puisse travailler à plusieurs »

EMG 4 : « honnêtement ils s'entendaient tous super bien et il y avait une super ambiance »

➤ Apprendre en se côtoyant

Pour 5 EMG sur 7 l'exercice pluriprofessionnel au sein de la même structure permet d'améliorer ses compétences.

- Découvrir les autres professions.

EMG 5 : « elle m'a donné son avis mais en plus elle m'a expliqué un peu le champ de euh compétences de l'orthophoniste, et je savais pas ou alors ça m'aurait pas fait tilt »

- Enrichir son regard sur un patient/une situation

EMG 6 : « tu n'as pas le regard que t'apporte les autres paramédés [...] tu comprends pas un truc il faut en parler avec les autres et peut être qu'ils ont un regard différent »

- S'entraider et se soutenir

EMG 3 : « où on a plusieurs spécialités au même endroit, où on peut se concerter avec les autres, échanger et demander de l'aide [...] faire des choses ensemble, se passer la main sur différents sujets, à tour de rôle »

- améliorer sa pratique

EMG 5 : « on peut apprendre des uns et des autres et en plus on est sous le même toit, donc proche pour collaborer ensemble »

➤ Une communication plus performante

Le fait de travailler sous le même toit favorise les échanges, notamment informels pour 4 EMG sur 7. La salle de pause semble être un lieu de rencontre privilégié.

EMG 4 : « tu avais une salle centrale où tu pouvais, où tout le monde venait manger et euh, en fait on faisait quasiment réunion tous les midis (rires) »

EMG 5 : « si on peut un peu rigoler avec les collègues à la pause déjeuner, ça rend tout de suite le reste de la journée moins lourde...tant pour l'aspect convivial que pour l'aspect vraiment coopération, échange d'informations »

➤ Une meilleure prise en charge du patient

Pour 5 EMG sur 7, un exercice coordonné en MSP permet d'éviter des retards de prise en charge, des erreurs, offre des solutions aux cas difficiles et facilite le parcours de soins

EMG 2 : « chose que je ne pense pas qu'on aurait pu éviter en exercice seul parce qu'on aurait eu un retard de diagnostic plus important »

EMG 6 : « tous les participants vont dire leur point de vue, raconter ce qu'ils voient au domicile alors que peut-être il y a des intervenants qui ne voient pas le domicile, pour essayer d'avancer, d'améliorer au maximum la prise en charge »

➤ Une charge mentale plus légère pour 4 EMG sur 7

EMG 5 : « on se sent moins seul je pense que dans un exercice solo où on est souvent avec toutes ces questions et euh qui ajoutent à de la charge mentale »

EMG 7 : « c'était bien là-dessus on avait vraiment pu communiquer, et elle avait pu me partager ces craintes à elle [...] on le sait on est déjà une profession à risque pour pleins de choses (rire jaune) pour le burn-out pour le suicide pour tout ça »

III.3. Des écueils identifiés

➤ Problèmes financiers

Quatre EMG sur Sept citent l'argent comme source de conflit au sein d'une MSP que ce soit au niveau de la répartition des charges ou des subventions.

EMG 4 : « ... quand en fait il y en a qui... refusent de payer bah c'est d'autres qui paient à leur place quoi ! »

EMG 4 : « des réunions qui nous permettent d'avoir des subventions... et euh, et d'autres qu'on voit jamais et pourtant bah les subventions elles sont là et tout le monde les touche... voilà... »

➤ Perte de temps médical

Trois EMG sur sept abordent le problème de perte de temps médical en exerçant au sein d'une MSP, notamment à cause des réunions et le problème de la décision partagée.

EMG 6 : « les rapports, des réunions pour tout, est ce qu'on met la clim, est ce qu'on met pas la clim, est ce qu'on fait ci ou est ce qu'on fait ça ...il y a des réunions pour tout quoi, à chaque fois qu'il y a une micro décision à prendre il y a une réunion...est ce qu'on achète ça ou pas, est ce que ... c'est du temps aussi... »

➤ Charges administratives

Quatre EMG sur sept évoquent la lourdeur des charges administratives et les difficultés administratives qui peuvent être rencontrées lors de la création d'une MSP.

EMG 4 : « il m'a pas mal parlé de, de la conception de la MSP et, enfin un peut toutes les embuches qu'il a eu [...] il s'est occupé de ça il s'est beaucoup battu pour qu'elle voit le jour parce que c'était très compliqué de convaincre les administratifs »

➤ Les départs

Pour 4 EMG sur 7 le départ de certains professionnels peut bouleverser défavorablement l'équilibre de la MSP. Deux EMG suspectent même le déclin des structures comme les MSP.

*EMG 2 : « une MSP qui tourne c'est bien, une MSP où tout le monde se barre et il faut que tu recrutes c'est moins bien euh..., gros la maison de santé de **** elle est un peu au point mort actuellement »*

EMG 1 : « parce les MSP...enfin j'entends dire de plus en plus qu'elles atteignent leur limite »

➤ Les conflits

Les problèmes relationnels entre les membres de la MSP sont évoqués par 3 EMG sur 7

EMG 5 : « il y a des distensions, des choses qui parfois en se passent pas très bien [...] dans le fonctionnement en termes de relation, ils y en a qui ne pouvaient plus se piffrer ou des choses comme ça »

EMG 7 : « si tu t'entends pas avec les autres, à la fin ça ne va pas bien se passer »

➤ La colocation

L'absence de coordination et de collaboration visible entre les professionnels de certaines MSP est rapportée par 5 EMG sur 7. La cohabitation n'est pas profitable aux professionnels de santé.

EMG 2 : « la MSP seule avec quatre murs ? si c'est juste se foutre ensemble pour être ensemble et boire un café ensemble ça n'a pas d'intérêt... »

EMG 7 : « si au final on est tous dans le même bâtiment mais qu'on ne parle pas ensemble bah ça ne sert pas à grand-chose...et la pluri professionnalité elle est sur le papier quoi [...] c'était pas tellement une collaboration c'était juste qu'ils étaient dans les mêmes locaux enfin ils étaient colocataires quoi donc moi j'ai pas vu spécialement d'intérêt »

III.4. Une attractivité à conserver

➤ Gérer les conflits

Chaque professionnel a son caractère qui lui est propre et travailler ensemble est un apprentissage du compromis et de la remise en question. La collaboration en MSP est facilitée quand elle existait au préalable. Pour 4 EMG sur 7 il est important que les professionnels surmontent ensemble les difficultés.

EMG 7 : « oui il faut connaître les gens avec qui on travaille ça c'est essentiel, pour bien travailler »

EMG 4 : « parce qu'ils ne sont pas d'accord [...] je pense que c'est bien de se remettre en question [...] à un moment c'est indispensable d'apprendre à travailler ensemble et ... et de passer un peu de dépasser tout ça »

➤ S'investir

Seulement 3 EMG sur 7 soulignent l'investissement que représente l'exercice en MSP

EMG 1 : « ça nécessite aussi beaucoup de volonté personnelle de chaque professionnel et c'est pas toujours facile à mettre en place »

➤ Maintenir la coordination

Cinq EMG sur sept décrivent des MSP qui perdent leur attractivité du fait d'un manque de coordination.

EMG 5 : *j'ai pas vraiment senti cet exercice pluridisciplinaire*

EMG 7 : « après tout dépend des maisons de santé aussi parce qu'il y a des maisons de santé où c'est un peu chacun dans son coin quand même euh mais euh dans certaines MSP où vraiment on sentait qu'il y a avait de la collaboration c'est là où c'était le plus intéressant »

III.5. Une option pour l'installation

➤ Un modèle pour la pratique future

EMG 7 : « c'est le modèle de référence oui je pense qu'actuellement pour notre génération c'est vraiment ce vers quoi on s'oriente le plus »

➤ Un projet

Six EMG sur sept envisagent une MSP pour leur première installation mais à condition qu'elle remplisse leurs critères et qu'elle n'entraîne pas de trop lourdes responsabilités.

EMG 2 : « devenir directement comme ça un mur porteur de la maison de santé ça ne me chauffe pas du tout [...] si je vois que ... il n'y a rien qui en ressort au niveau de ma pratique globale pour ma patientèle, c'est comme ça que je vois les choses et effectivement il faudra que je prenne la température par rapport aux autres membres »

EMG 7 : « je ne vais pas non plus aller m'installer dans une maison de santé pour dire oui je veux aller m'installer dans une maison de santé euh coûte que coûte peu importe avec qui »

➤ Une concrétisation

Deux EMG ont passé le pas avec un EMG déjà adjoint dans une MSP et un second qui le devenait deux semaines après notre entretien.

EMG 4 : « je suis adjointe d'un médecin dans une MSP »

IV. La découverte hétérogène des CPTS

IV.1. La première fois

Les EMG ont entendu le terme CPTS à des moments bien distincts de leur cursus.

- L'EMG 4 est la seule à l'avoir entendu pendant son externat :

EMG 4 : « je pense qu'on m'en avait déjà parlé pendant mon externat [...] il y a eu un peu des cours sur l'organisation des soins en ville... des euh, où ils nous avaient vaguement parlé des CPTS »

- Les six autres EMG en ont entendu parler au cours de l'internat :

-en Niveau 1 pour 3 EMG sur 7 :

EMG 1 : « la première fois que j'ai entendu parler de CPTS c'était donc avec mon stage de niveau 1

-pendant la deuxième année pour 2 EMG sur 7

EMG 7 : « on en entend pas parler en fait, moi perso je n'en ai pas entendu parler avant, c'était pendant mon stage de gynéco libéral »

-en SASPAS pour EMG5.

EMG 5 : « c'était à la fin de mon internat »

IV.2. La première impression

Selon les personnes qui ont présenté les CPTS la 1^{ère} impression laissée aux EMG n'a pas été la même.

- Présentation Positive

- Par des MSU très impliqués dans leur CPTS pour 3 EMG sur 7

*EMG 2 : « comment j'ai découvert du coup et bien parce que (mon MSU) est à fond là-dedans, il est hyper pro actif dedans et qu'il propose des choses et c'est comme ça que j'ai découvert la CPTS de **** et à travers cette dernière toutes les CPTS »*

- Par des cours à la Faculté pendant son externat pour EMG 4

EMG 4 : « ils en ont parlé un petit peu après j'avoue je ne m'en souviens pas vraiment et euh...(souffle)... c'était une époque où je ne me sentais pas forcément concerné »

- En GEAP

EMG 5 : « le médecin qui animait le GEAP nous a expliqué qu'il était président de la CPTS etc... »

- par L'ARS qui a envoyé un courrier personnellement à un EMG.

EMG 3 : « la première fois que j'en ai entendu parler c'était un communiqué officiel dans la région de Picardie au début de mon internat... où... c'était L'ARS qui communiquait de façon officielle aux médecins généralistes et aux futurs médecins généralistes, donc euh moi je l'ai reçu à mon nom la lettre... »

- Trois EMG sur sept ont aussi bénéficié de retours d'expériences positifs par des co-internes ou des revues médicales.

EMG 4 : « il disait qu'il a des, des consultations euh étiquetées addicto et que du coup il avait pris contact avec une CPTS qui avait organisé ça »

EMG 5 : « disons que je me disais que c'est en ça que ce serait intéressant donc ce serait logique [...] pour en avoir entendu parler, peut être en lisant des trucs genre « le quotidien du médecin » ou je ne sais pas quoi »

➤ Présentation négative

- A noter qu'EMG 4 bien qu'ayant bénéficié de cours pendant son externat et d'échanges avec d'autres étudiants semble avoir une première impression des CPTS figée par la présentation péjorative faite par le Collectif médecins pour demain.

EMG 4 : « j'ai un ami de notre famille qui m'a pas mal mise en relation avec les, le groupe de médecins pour demain qui fait les, les réclamations, droit de payer plus, pour euh... et eux je sais qu'ils demandaient le, le fait qu'on refuse d'adhérer à une CPTS... »

- Pour l'EMG 3, au-delà d'avoir entendu parler des CPTS en début de l'internat, la première fois qu'on lui a expliqué le dispositif c'était par le biais d'une groupe sur un réseau social de médecin d'origine étrangère s'installant en France :

EMG 3 : « je suis dans ce groupe et j'ai pu voir des choses qui passaient entre eux ... et c'était plutôt négatif : comme quoi c'était une façon de manipuler les médecins généralistes..... voilà donc ça c'était le premier contact, plutôt négatif »

IV.3. L'expérimentation

Cinq des sept EMG ont pu effectuer un stage au sein d'une CPTS, parfois même deux stages pour certains. La majorité des EMG a découvert la CPTS au travers d'un stage en MSP, mais certains l'ont aussi découvert via d'autres exercices comme EMG 1 en PMI ou EMG 6 dans un cabinet de groupe gynécologique. Les EMG 4 et 5 n'ont pas eu l'opportunité d'expérimenter les CPTS.

➤ En Niveau 1 pour 2 EMG sur 7

EMG 1 : « avec mon stage de niveau 1, où mon msu était dans la CPTS et était actif dans la CPTS »

➤ En SASPAS pour 4 EMG sur 7

EMG 6 : « entre mon niveau 1 et euh là mon SASPAS, j'ai suivi la même CPTS »

➤ En stage ambulatoire gynécologie/pédiatrie pour 2 EMG sur 7

EMG 1 : « j'ai appris en stage pmi aussi, parce que je faisais des consultations avec une gynécologue libérale qui était dans une CPTS »

Expérimentation des EMG dans une CPTS : nombre et nature du terrain de stage

STAGE EN CPTS →	NIVEAU 1	GYNECO AMBULATOIRE	SASPAS
EMG 1	OUI	OUI	
EMG 2			OUI
EMG 3			OUI
EMG 4			
EMG 5			
EMG 6	OUI		OUI
EMG 7		OUI	OUI

V. Une image attractive des CPTS

V.1. Une communauté accueillante

➤ Être accueilli en tant qu'EMG

Quatre EMG sur sept ont été invités par la CPTS à une soirée d'accueil ou à un autre évènement.

EMG 1 : « cette CPTS nous a aussi accueillis en même temps que l'hôpital local euh enfin travaille avec l'hôpital pour accueillir tous les internes du territoire de la CPTS »

EMG 6 : « une soirée, une soirée d'accueil dans la CPTS, c'était pas forcément que pour les internes »

➤ Être logé par la CPTS

Trois EMG sur sept ont contacté une CPTS pour trouver un logement pendant un stage, même si toutes les demandes n'ont pas pu aboutir, certaines CPTS ont par la suite créé des logement pour répondre au besoin des internes.

EMG 7 : « je n'avais pas de logement ...et euh quand j'avais appelé ma maître de stage la gynécologue elle m'avait dit "ah tu contactes un tel à la CPTS, il faut qu'il te trouve quelque chose ils sont là pour ça" (rires) [...] ils avaient été très réactifs, ils avaient contacté les mairies et autres, bon pour le coup ils n'avaient pas pu m'aider [...]en tout cas ils étaient très investis et je sais que le semestre d'après c'est eux qui, enfin ils avaient mis en place un logement pour les internes »

➤ Être entouré

Deux EMG ont souligné l'importance de se sentir entouré et soutenu, surtout dans une situation difficile.

EMG 6 : « euh quand tu as des difficultés que ce soit dans le relationnel ou vraiment dans le...dans la prise en charge médicale, pouvoir en parler, pouvoir partager ça décharge quand même émotionnellement et...ça fait du bien (rires) quand tu te sens en difficulté et qu'en face en fait il te dit "mais non t'inquiètes pas tu es entrain de bien faire et tu sais moi aussi j'ai des difficultés" ça fait du bien »

➤ Se rencontrer entre professionnels

Pour 3 EMG sur 7 il est important de faire la connaissance des professionnels avec lesquels on collabore.

EMG 7 : « j'ai rencontré en fait les gens où potentiellement j'avais déjà adressé des patients vers eux sans savoir quelle tête ils avaient et qui ils étaient exactement voilà, je pense que c'est toujours bien de mettre des visages sur des noms et de connaître en fait, de connaître les gens, je pense qu'il y a la relation de confiance avec la patient mais je pense qu'il y a aussi la relation de confiance avec les différents professionnels, on n'adresse pas vers un professionnel en qui on a pas confiance »

➤ Connaître les acteurs de santé du secteur

Quatre EMG ont expliqué la difficulté à identifier les professionnels de santé locaux en débutant un stage, un remplacement ou à l'installation, pour deux EMG les CPTS peuvent accélérer le processus.

EMG 7 : « au début c'est compliqué parce que nous on n'a pas de réseau, et je pense que les CPTS ça peut être un...un bon moyen aussi de connaître, enfin de se faire son réseau et de connaître les ...les différents partenaires auxquels on peut recourir »

V.2. Une communication développée

➤ Un réseau pluriprofessionnel efficient

Pour 3 EMG sur 7 le champ d'action des CPTS permet d'enrichir son réseau pluriprofessionnel par rapport aux MSP.

EMG 3 : « le médecin va plutôt parler avec deux trois pharmacies qu'il a autour de lui ou à un ou deux kinés, et ne va pas savoir ce qu'il se passe à quinze kilomètres ou ne les connaît pas »

EMG 7 : « la CPTS c'est un réseau encore plus large avec d'autres professionnels plus éloignés sur le terrain de la CPTS [...] ça facilite la communication et on gagne du temps là-dessus »

➤ Des échanges pluriprofessionnels

Trois EMG sur sept voudraient par le biais des CPTS renforcer les échanges de courrier (en tout cas un canal de communication) entre professionnels médicaux et paramédicaux pour améliorer la communication autour du patient.

EMG 5 : « c'est vrai qu'avec les paramédicaux on échange moins par courrier, s'est surtout entre confrères et médecins, et c'est rare, moi je sais que ça m'est arrivé d'avoir un courrier ouais d'une orthophoniste qui me faisait un compte rendu, j'étais même étonnée (rires) parce que c'est vrai qu'on les adresse et il n'y a pas d'échanges direct entre nous »

EMG 7 : « des fois j'ai des retours, des lettres, j'ai des lettres pour me dire " voilà pour tel patient, là on a gagné en amplitude..." enfin peu importe ce qu'il met dedans mais je trouve toujours bien d'avoir un retour et je pense qu'on ne le fait pas assez [...] c'est aussi dans les deux sens parce qu'il faut que nous aussi on soit accessible »

➤ Des outils informatiques personnalisés

Pour 5 EMG sur 7 la diversité des moyens de communication facilite la prise de contact entre professionnels de santé mais aussi qui permet de se tenir au courant des évènements sanitaires sur le territoire.

EMG 6 : « si j'étais toute seule dans mon coin je voudrais quand même participer [...] pour savoir quelles sont les nouveautés du territoire »

- Par téléphone

EMG 5 : « les infirmières qui voyaient le plus souvent les patients j'avais leur numéro de téléphone »

EMG 7 : « c'est vraiment un réseau très proche où ils ont du coup le téléphone portable » « moi je sais que déjà depuis que j'ai commencé à remplacer j'ai le numéro de certaines infirmières » « on gère comme ça ou même on s'appelle, dans des cas plus compliqué on s'appelle »

- Par courriel

EMG 1 : « la gynéco qui participait à la CPTS, qui recevait régulièrement des mails de la CPTS » « si mon autre maître de stage quand j'étais en niveau 1[...] aussi recevait beaucoup de mails de la CPTS »

EMG 2 : « c'est un projet, un projet dans lequel il faut des échanges par mails parce qu'on peut pas toujours se rassembler »

-En visioconférence

EMG 6 : « il y avait un jour par semaine qui était dédié à la réunion de la CPTS...et donc on était en visio »

-par messagerie personnalisée

EMG 2 : « les intérêts de la CPTS qui est aussi de mettre en place un réseau de professionnels de santé, avec (le réseau social d'entreprise) la messagerie euh des médecins et des professionnels de santé » « Pas mal de publications qui se font sur (le réseau social d'entreprise) hein cette messagerie qui est un lieu d'échange, pas que entre professionnel de santé, enfin pas que dans le cadre de suivi de patients et ça c'est intéressant [...] tu tombes directement sur des articles que tu peux directement utiliser en pratique »

V.3. L'amélioration des compétences

➤ La Formation

Quatre EMG sur sept ont bénéficié de formations pendant leur stage. Certaines formations étaient spécialement conçues pour les internes, d'autres pour les professionnels de santé en général et même pour les patients comme le rapporte l'EMG 7.

EMG 1 : « je sais qu'ils font des formations dans leur CPTS [...] ils nous proposaient pour les internes de faire des journées euh enfin de coordonner des journées de formation pour les internes avec différents professionnels de santé euh donc pour les internes de médecine générale »

EMG 7 : « C'étaient deux journées organisées par la CPTS moi j'avais fait que la soirée euh dédiée au professionnel le lendemain c'était une journée tout public [...] donc voilà il y avait pas mal de choses sur euh la pratique et c'était ça qui était intéressant ce sont des formations euh qui servent au quotidien »

➤ L'apport de la pluriprofessionnalité en CPTS

Quatre EMG sur sept ont découvert de nouveaux aspects de professions médicales et paramédicales au cours de leur stage au sein d'une CPTS. Pour certains c'est la MSP membre d'une CPTS qui a mis en place des journées découvertes auprès des professionnels, pour d'autres c'est une démarche personnelle. Les EMG ne se considèrent pas au-dessus des autres professions, ils respectent leur compétence et apprécient l'apport de chaque regard supplémentaire et complémentaire sur la prise en charge du patient.

EMG 1 : « au cours du semestre ils nous ont proposé également d'assister à des consultations avec d'autres professionnels de santé au sein de la CPTS »

EMG 7 : « j'avais profité d'un congé formation... euh pour aller une journée avec lui, pour voir exactement ce que c'était que la kinésithérapie parce qu'on parle beaucoup de kiné, kiné moi personnellement j'en ai jamais eu donc euh et du coup comment je la prescris, qu'est-ce que ça implique, quelle est son expertise à lui par ce que c'est une expertise, et c'était super intéressant »

V.4. Des bénéfices évidents pour le patient

➤ Un parcours de soins plus fluide

Six EMG sur sept constatent ou imaginent que les CPTS facilitent le parcours de soins pour le patient au niveau de l'adressage aux professionnels de premier ou de deuxième recours.

EMG 1 : « peut-être un recours plus facile aux spécialistes du territoire [...] mise en place de parcours patient » « je pense qu'au sein d'une CPTS tu peux facilement faire, en tant que spécialiste, des formations aux médecins généraliste, ou alors en tant que médecin généraliste demander au spécialiste bah aidez-moi à mieux orienter mes patients tu vois »

EMG 2 : « je trouve que ça permet d'avoir un parcours de soins ... mieux balisé, des soins meilleurs, une adhérence thérapeutique meilleure pour le patient »

➤ Limiter les erreurs

Quatre EMG sur sept considèrent que l'exercice coordonné au sein d'une CPTS améliore la prise en charge des patients en limitant les retards de diagnostic et de traitement mais aussi la survenue de complications et d'erreur notamment de prescription grâce à la confiance et la connaissance des professionnels de santé entre eux. Mais aussi apprendre de ses erreurs.

EMG 4 : « qu'elles (les IDE) puissent sentir que je suis suffisamment abordable et que si jamais je fais une erreur qu'elles puissent me le dire quoi [...] je préfère qu'elle me dise clairement qu'elle pense que j'ai fait une erreur et qu'on en discute plutôt que le patient en pâtisse »

EMG 7 : « les pharmaciens repèrent aussi parfois des erreurs sur les ordonnances et nous appellent »
« Le pharmacien nous appelle en disant [...] il faudrait vraiment qu'il soit vu en physique [...] il était en rupture totale de suivi et il est revenu dans le circuit dans le parcours de soins »

V.5. Les actions des CPTS

➤ Donner vie à des projets personnels

Pour 3 EMG sur 7 les CPTS donneraient aux professionnels de santé les moyens de réaliser des projets personnels qui leur tiennent à cœur. EMG7, EMG1, EMG4

EMG 2 : « je pense que les outils comme la CPTS peuvent aider ces, ce genre de projets qui sont indispensables pour moi à l'épanouissement personnel [...] la CPTS te permet de financer des projets que tu ne peux pas financer autrement »

EMG 4 : « je suis resté en contact avec *** qui est du côté de Chartres et lui il disait qu'il a des, des consultations euh étiquetées addicto et que du coup il avait pris contact avec une CPTS qui avait organisé ça [...] il a pu quand même mettre en place des choses euh qu'il aimait faire et qu'il aimerait faire et qu'il aurait peut-être pas pu faire sans se mettre en relation avec la CPTS »

➤ Améliorer les conditions d'exercice et favoriser l'installation

Pour 4 EMG sur 7 les CPTS améliorent les conditions d'exercice des médecins généralistes et encouragent les nouvelles installations notamment par la possibilité de logement.

EMG 6 : « essayer d'améliorer la coordination des soins et d'adresser euh plus facilement les patients et d'organiser au mieux l'activité des médecins »

EMG 7 : « ah tu contactes un tel à la CPTS, il faut qu'il te trouve quelque chose ils sont là pour ça, ils étaient très investis et je sais que le semestre d'après c'est eux qui, enfin ils avaient mis en place un logement pour les internes [...] sachant que c'était du côté de *** donc il y a besoin de médecin (rires) donc c'est sûr que si nous en tant qu'internes on ne peut pas aller euh faire un stage parce qu'on a pas de logement bah forcément on n'ira pas s'installer là-bas »

➤ Les projets et actions de Santé

Quatre EMG sur sept ont constaté les actions concrètes et les projets de santé en cours d'élaboration des CPTS.

EMG 1 : « elle m'avait invitée dans un groupe sur le thème de la BPCO, il y avait un IPA qui venait nous parler de la BPCO qui travaillait dans la CPTS en question »

EMG 2 : « ce projet de remise en forme en fait où c'est avec des flyers, des kinés, une évaluation par les kinés, ils rentrent dans un programme et on programme une remise en forme avec des activités physiques et un coach sportif »

EMG 3 : « c'est dans ce cadre-là qu'ils ont publié une liste, par exemple des kinés de garde pour les ... euh kiné respiratoire pour les bébés »

➤ L'exercice délocalisé

Pour EMG 2 les CPTS offrent la possibilité de s'impliquer dans des projets de santé à l'extérieur de son bureau. Il y voit une nouvelle forme d'exercice de la médecine générale modulable selon les besoins du professionnel et de la patientèle.

EMG 2 : « la pratique de médecin de ville qui est quand même très centrée sur le plan médical, on apprend notre boulot de généraliste dans le cabinet, je pense qu'elle gagnerait à s'élargir à tout ce qui hors du cabinet, je parle là des CPTS... et je pense qu'on gagnerait ne serait-ce qu'en prestige tu vois de la profession, et sur le plan personnel aussi, c'est plus épanouissant en terme d'évolution de carrière de s'inscrire dans un projet hors du cabinet ou avec le cabinet à plus large échelle, en tout cas hors du temps de consultation »

VI. Une image rébarbative des CPTS

VI.1. Les difficultés relationnelles

➤ Les caractéristiques individuelles

Quatre EMG sur sept ont identifié des traits de caractère ou des comportements pouvant desservir la dynamique des CPTS.

EMG 2 : « c'est des questions de caractère et de comportement aussi » « tous les médecins veulent tirer la couverture à eux [...] je trouve ça un peu égoïste, donc je dirai que c'est la limite de la CPTS »

EMG 7 : « la qualité de la relation entre les soignants qui peut faire que ça fonctionne pas en fait... en terme de dynamique interne »

➤ Les désaccords

Pour 3 EMG 7 il est compréhensible que tous les professionnels ne puissent pas s'accorder sur tous les sujets chacun ayant sa liberté de pensée, ce qui rend la décision partagée au sein d'une CPTS particulièrement compliquée.

EMG 6 : « parce que tu as des avis qui sont tellement différents que c'est compliqué »

EMG 3 : « personne n'est obligé de ... d'être d'accord avec une décision, on peut être dans la CPTS, participer aux réunions et dire " non ça me plait pas " la personne quitte la réunion peut être, sur le

coup, ne signe pas, ça n'empêche pas les autres de le faire et la, la prochaine fois, je pense que c'est une fois par mois, il va revenir à la réunion, pour écouter, pour parler... »

➤ Le manque de respect

Deux EMG sur sept ont été heurtés par des comportements irrespectueux.

EMG 6 : « il y a des façons de parler très virulentes et en fonction...moi je décroche quoi, je décroche et je m'en vais parce que ça ne sert à rien d'écouter le seul point de vue de celui qui parle et qui gueule le plus fort »

➤ Se servir des autres

Deux EMG sur sept ont eu la sensation que certains professionnels utilisaient leurs collègues au lieu de collaborer avec eux.

EMG 1 : « on l'utilisait en gros, j'aime pas trop ce terme, on l'utilisait pour euh bah quand on avait des demandes d'ECG ou des choses comme ça »

VI.2. Les tâches administratives

➤ Une entreprise

Deux EMG sur sept considèrent que la gestion d'une CPTS s'apparente à celle d'une entreprise.

EMG 5 : « finalement ça fonctionne un peu comme...je sais pas le petit côté « entreprise » de la chose euh, bah qu'on nous apprend pas de toute façon euh...par exemple les secrétaires sont les employés donc il faut agir en tant qu'employeur, si ça se passe pas bien, est ce qu'il faut licencier, est ce qu'il faut ceci, est ce qu'il faut cela ... euh c'est, tout le côté administratif qui je pense devait peser sur ça »

➤ Des compétences requises pour les tâches administratives

Cinq EMG sur sept se plaignent des tâches administratives dont certains perçoivent la lourdeur et d'autres méconnaissent l'ampleur. Trois EMG sur sept s'interrogent également sur les compétences nécessaires pour évoluer au sein d'une CPTS.

EMG 1 : « les inconvénients c'est d'avoir encore une structure à s'occuper, encore une structure où il va falloir un président, un trésorier, un secrétaire, encore une structure où il va falloir faire des réunions, recevoir des mails, répondre aux mails, être disponible »

EMG 2 : « en plus de notre exercice de la médecine générale, là c'est clairement un exercice de recrutement et ce n'est pas quelque chose qui m'enchanté ... je suis pas DRH quoi [...] j'ai fait médecine pour faire de la médecine et en fait tout le côté administratif j'aime pas »

➤ Les responsabilités

En cas d'adhésion à une CPTS pour 3 EMG sur 7 le poids des responsabilités les dissuadent d'envisager un poste de gérance, notamment si la structure n'est pas encore opérationnelle.

EMG 2 : « reprendre un projet comme ça un peu au point mort, et en fait devenir directement comme ça un mur porteur ça ne me chauffe pas du tout » « j'ai envie d'arriver dans un projet qui fonctionne tu vois »

EMG 7 : « je préfère intégrer quelque chose d'existant plutôt que de créer quelque chose parce que bah j'ai déjà tellement de choses à découvrir, ça va être de trop je me connais, ça va être trop »

VI.3. Les réunions

➤ Le nombre de réunions

Pour 4 EMG sur 7 les réunions sont une perte de temps médical trop récurrente.

EMG 1 : « parce que forcément il faut faire des réunions pour les CPTS [...] c'est beaucoup de temps en plus qui est pas forcément du temps médical mais qui est du temps dédié à la coordination, qui est importante aussi mais qui est bah un peu plus éloignée du médical quoi »

EMG 5 : « la CPTS c'est relou il y a tout le temps des réunions [...] donc dans les freins dont tu parlais tout à l'heure peut être qu'il peut y avoir des choses comme ça, si chaque professionnel se dit bon c'est de la réunionnite aiguë, de la réunionnite chronique euh...ça va peut-être...ça aura peut-être un petit côté rébarbatif »

➤ La participation

Pour 3 EMG sur 7 trop de membres n'assistent pas aux réunions ou en tout cas ne participent pas de façon productive.

EMG 2 : « les autres participants de la CPTS, j'ai l'impression qu'ils ne s'investissent pas donc forcément ils prennent moins de place, mais du coup est ce que tu peux reprocher à la personne qui s'investit à fond... de prendre de la place, c'est un peu hypocrite »

EMG 6 : « enfin j'ai toujours pas compris qui participe à une réunion de la CPTS ? [...] pourquoi il y en a qui participe pas ? [...] sur des débats euh qui n'intéressaient pas les personnes présentes, ils éteignaient les micros et puis on parlait entre nous et quand le débat était terminé hop on remettait les micros »

➤ Le résultat

Deux EMG sur sept regrettent l'absence de résultat après les réunions.

EMG 6 : « enfin souvent on fait des réunions pour faire des réunions et ça brasse de l'air et voilà »

VI.4. S'investir ou se sacrifier

➤ L'investissement

Pour 5 EMG sur 7 l'efficacité des CPTS reposent sur l'implication de tous les professionnels de santé mais constatent un manque d'investissement de ces derniers.

EMG 1 : « c'est super mais il faut donner de son temps en tant que médecin »

EMG 3 : « ça peut marcher, pas marcher, ça dépend un peu des participants »

EMG 7 : « je pense qu'il y a des CPTS qui tournent très bien d'autres qui doivent tourner certainement moins bien par manque d'investissement [...] comme toujours ça dépend de l'investissement de chacun et voilà si chacun est dans son coin je ne suis pas certaine que ça apporte grand-chose »

➤ Le dépassement de soi

Pour 2 EMG sur 7 la collaboration avec un grand nombre de professionnels de santé est un véritable enjeu qui demande de vaincre sa timidité de sortir de sa réserve.

EMG 7 : « bon il faut aussi aller vers les autres » « j'étais pas hyper à l'aise aussi d'aller discuter avec les gens, pas simple d'intégrer un groupe de se dire " allez ces personnes-là je vais aller me présenter " »

➤ Le sacrifice personnel

Trois EMG sur sept reconnaissent que s'investir dans une CPTS peut-être synonyme de sacrifice, que ce soit en termes de temps personnel, de bien-être ou même d'état de santé.

EMG 2 : « mais les réunions c'est chronophage ... parce que tu vois hier et les réunions elles finissent après 22h à chaque fois quoi [...] ces réunions elles sont indispensables dans l'avancement du projet mais c'est chiant de se bloquer une soirée »

EMG 6 : « et puis ça se fait sur l'heure du repas euh en quarante minutes chrono euh ...c'est pas les meilleures conditions quoi [...] et un peu de stress quand même, c'est stressant d'écouter les avis hyper virulents [...] après la matinée de travail je n'ai pas envie de me sentir agressé (rires gênés) »

EMG 2 : « lui se met à fond dans la CPTS, oui il prend beaucoup de place mais je pense qu'il y laisse aussi des plumes et beaucoup d'énergie... [...] mais il s'épuise et moi je ne m'épuiserai pas comme il s'épuise »

VII. Une vision floue des CPTS

VII.1. Des connaissances confuses des missions et du territoire

➤ Un acronyme difficile

Pour EMG 7, il est difficile d'expliquer les CPTS en commençant par l'acronyme.

EMG 7 : « je te cache pas que j'ai re vérifié l'acronyme et encore je crois que je l'ai déjà oublié l'acronyme CPTS [...] et ça ne veut pas dire que je ne sais pas ce qu'il signifie »

➤ Les Missions

1) Amélioration offre de soins est appréhendée pour 4 EMG sur 7

EMG 1 : « Ah si ! une chose importante qui avait été faite par la CPTS c'était les soins non programmés, [...] et ça a permis à beaucoup de gens d'avoir accès à des, à des médecins rapidement, en cas d'urgence quoi... »

2) Organisation de parcours pluriprofessionnel autour du patient est reconnue par 6 EMG sur 7

EMG 2 : « parcours de soins ... mieux balisé » « il a une écho avec le cardio la semaine prochaine... chose que j'aurais absolument pas pu avoir autrement »

EMG 7 : « il y a une fluidité du parcours de soins »

3) Actions territoriales de Prévention sont identifiées pour 5 EMG sur 7

EMG 1 : « une des missions des CPTS de coordonner les professionnels de santé autour des besoins d'un territoire »

EMG 2 : « c'est un organisme pour moi d'organisation des soins territorial euh typiquement des campagnes de sensibilisation euh là hier j'ai assisté à une réunion avec les kinés sur, parce qu'ils font... j'ai oublié le nom du projet, ils veulent remettre au sport, engager des coachs sportifs et remettre au sport des patients diabétiques etc... c'est, ça s'inscrit plutôt dans du préventif que dans du curatif »

4) Préparation d'un plan de réponse à une crise sanitaire exceptionnelle est constatée ou envisagée pour 3 EMG sur 7

EMG 6 : « les retombées pratiques si quand même parce que pour la période du covid pour le coup je savais où adresser les patients pour la vaccination quand la vaccination en pharmacie n'était pas mise en place et cætera...retombées pratiques oui pareil pour quand ils ont commencé à organiser les arrivées de lots pour les vaccins » « pour le covid j'ai vu concrètement que la CPTS a hyper bien travaillé pour faire arriver les Pfizer, pour faire arriver les Moderna, pour bien organiser la répartition à tel et tel médecin et à telle et telle MSP... »

-missions optionnelles : **développement de la qualité et pertinence des soins** pour 4 EMG sur 7 et **accompagnement des professionnels sur le territoire** pour 3 EMG sur 7

EMG 2 : « la CPTS qui est aussi de mettre en place un réseau de professionnels de santé, avec (réseau social d'entreprise) la messagerie euh des médecins et des professionnels de santé [...] pas mal de publications qui se font [...] des échanges [...] des formations »

EMG 7 : « en gros elle m'a dit "voilà nous on veut accueillir des internes justement pour euh bah pour favoriser l'installation, l'offre de soins..." [...] comment attirer les jeunes, comment favoriser les installations des plus jeunes et donc dès l'internat, et là-dessus je pense qu'ils ont raison »

➤ Les limites du territoire

- La pertinence de la délimitation des CPTS est acquise par 2 EMG sur 7.

EMG 5 : « le fait que ce soit sectorisé ça me paraît intéressant parce que c'est pas pareil euh... même sur la région Centre- Val de Loire entre le nord de la région et le sud de la région, les fonctionnements sont peut-être différents, les démographies sont peut-être différentes [...] enfin j'en sais rien mais d'une région à une autre les besoins sont peut être différents et du coup les organisations peuvent être différentes et la sectorisation et l'interprofessionnalité ça a l'air d'être sur le papier des choses plutôt intéressantes »

- Mais pour 4 EMG sur 7 il est difficile de comprendre comment ces limites sont définies.

EMG 1 : « ce que je trouve un peu flou aussi c'est que le territoire ne correspondait à aucun territoire connu quoi (rires) euh c'était un peu euh chacun fait comme il veut dans son coin quoi, enfin dans son coin, ensemble mais sans barrières géographiques connues en fait [...] certainement que ça doit répondre à un besoin, mais j'ai plus l'impression que c'est les affinités des professionnels de santé qui ont créé les territoires plutôt que la population euh du territoire [...] je me dis si j'habite au nord de cette CPTS j'ai pas envie de descendre au sud pour euh...un examen, voilà quoi, après je me rends pas compte de la (silence) de la distance euh vraie du truc et des habitudes des gens dans le coin parce que je ne suis pas du coin à la base donc euh j'ai juste fait mon internat »

EMG 2 : « pour moi c'est un organisme territorial euh local, euh je compare ça à des cantons quoi »

VII.2. Un fonctionnement opaque

➤ La gérance

Certains EMG ont échangé avec des présidents de CPTS mais pour 5 EMG sur 7 le mode de gestion et de fonctionnement interne reste incompris. Les EMG rencontrent des difficultés à identifier les dirigeants, les participants, le processus de création des CPTS.

EMG 5 : « le médecin qui animait le GEAP nous a expliqué qu'il était président de la CPTS » « mais euh [...] voilà, le fonctionnement reste flou »

EMG 7 : « j'ai pas trop regardé le...comment ça fonctionnait exactement [...] mais c'est vrai que sur comment on crée une CPTS, quels sont, quelle est le minimum on va dire pour faire une CPTS, le minimum de partenaires euh comment c'est rémunérer et cætera c'est vrai que pour moi c'est un gros flou là-dessus »

➤ Les tutelles

Trois EMG sur sept abordent le sujet des instances comme l'ARS et l'Assurance Maladie et ne peuvent déterminer avec certitude leur rôle dans la mise en place et le financement des CPTS

EMG 2 : « c'est une initiative gouvernementale gérée par les ARS avec des financements qui viennent de la région principalement, après alors il y a des caisses [...] il y a aussi eu " oui c'est l'ARS qui a mis ça en place " mais pas plus quoi »

EMG 7 : « même sur le financement sur tout ça je n'ai vraiment pas de notion »

VII.3. Un manque d'intérêt relatif

Quatre EMG sur sept rapportent ne pas s'être senti concernés par les CPTS lorsqu'ils les ont découvertes mais 3 EMG sur 7 ont pourtant effectué des recherches sur les CPTS et d'autres pensent trouver des réponses plus tard. Car les EMG n'excluent pas d'adhérer à une CPTS mais semblent donner priorité à leurs études : au DES et à la thèse.

EMG 4 : « je ne me sentais pas forcément concernée à l'époque »

EMG 6 : « je me suis pas posé les questions parce que j'étais tellement focalisé sur ma thèse »

EMG 7 : « je pense que j'y viendrais parce que je trouve ça hyper intéressant [...] mais pour l'instant voilà non je sors tout juste de l'internat et pour l'instant c'est la thèse (rires) j'ai déjà pleins de choses à faire autour donc je me dis que pour la CPTS enfin voilà tout ça, même l'installation tout ça ...on verra les démarches (rires) on verra tout ça plus tard, là je fais déjà mes remplacements... »

VII.4. Une complexité persistante

➤ Ne pas comprendre malgré des recherches

Quatre EMG sur sept ont échangé avec des maîtres de stage, d'autres médecins ou internes, effectué des recherches sur internet sans trouver les réponses à leurs questions. Ils rapportent un manque de visibilité des CPTS et un manque de source officielle.

EMG 3 : « j'ai pu me renseigner un peu et j'ai parlé même à mes maîtres de stage... que ce soit lors des groupes d'échange, quand on se rencontrait sur Tours ou ailleurs, j'ai eu des groupes d'échange et on discutait un peu lors de la pause ou c'était même dans différents récits ... » « les CPTS sont pas visibles [...] je ne sais pas où trouver sur un site plus ou moins officiel un modèle de statut d'une CPTS par exemple [...] quand on entend parler des CPTS on a pas forcément un lien internet concret " regarde ce que c'est ici " mais peut être que ça existe »

➤ Ne pas comprendre malgré des explications

- Cinq EMG sur sept ont côtoyé des MSU très impliqués dans les CPTS.

EMG 1 : « la médecin chez qui j'étais était déjà beaucoup dans euh investi » « mon maître de stage qui était dans la deuxième MSP dont je t'ai parlé, était aussi dans la CPTS, mais il était pas président, mais il était dans le bureau de la CPTS euh activement »

EMG 7 : « le midi on mangeait avec la pharmacienne qui était la présidente de la CPTS »

- Six des sept IMG qui ont reçu des explications sur les CPTS ne se pas sentent à l'aise pour autant sur le sujet. Cette méconnaissance serait selon eux partagée par d'autres étudiants et médecins.

EMG 6 : « probablement qu'on m'a dit ce que c'était mais (siffle) (mime le geste d'une oreille à l'autre) c'est parti, c'est sorti... »

EMG 5 : « sinon tous les autres avaient l'air comme moi de ne pas en avoir entendu parler...en tout cas ils ont pas manifesté le fait de connaître ce type de fonctionnement, et c'est probablement ce que le MSU a capté de l'assistance puisqu'il a donné un certain nombre d'explications »

- A noter que l'EMG 1 pense au contraire que les CPTS sont un sujet connu de tous.

EMG 1 : « j'imagine que tout le monde a déjà entendu parler de la CPTS [...] en tout cas tous connaissaient la CPTS »

➤ Ne pas comprendre malgré les stages

Pour 3 EMG sur 7 l'exercice en CPTS le temps d'un semestre est insuffisant pour vraiment comprendre les CPTS. L'EMG 3 se pose les mêmes questions au début et à la fin du stage et l'EMG 6 ne considère pas avoir expérimenté les CPTS bien qu'elle ait eu des MSU membres de CPTS pendant deux semestres.

EMG 6 : « les CPTS je connais pas...(rires) je connais toujours pas, j'ai participé à des réunions et ça reste une énigme »

EMG 3 avant le stage : « moi les échos qui me venaient c'étaient "encore un truc pour nous fliquer" globalement, moi c'est comme ça que j'ai entendu parler des CPTS »

Après le stage : « moi je ne constate pas ça... on en parle donc je vois des voix qui parlent de ça, il y a peut-être les germes quelque part dans un projet de loi mais je n'ai pas creusé... » « ces deux types de perception : c'est une organisation de l'Etat qui veut nous fliquer, ça c'est une version, et la deuxième, euh c'est heureusement qu'il y a une CPTS c'est bien [...] vraiment ces deux choses totalement opposées pour moi cette perception double en fait, est ce qu'à des endroits cette histoire de euh... de contrainte, de fliquage existe ? J'en sais rien ! »

EMG 7 : « j'ai fait un stage de gynécologie, en fait j'étais en gynécologie libérale [...] avec une gynécologue libérale qui était très investi dans sa CPTS [...] et après en SASPAS où du coup tous mes MSU étaient en CPTS » « pour les CPTS j'ai eu l'occasion, alors on va dire plutôt indirectement en fait pendant ...pendant mon internat de euh...de les côtoyer [...] je vois pas, mais après moi je n'ai pas eu d'expérience concrète non plus... »

VII.5. Un amalgame avec les MSP

Pour 3 EMG sur 7 il est déroutant de travailler au côté des mêmes professionnels au sein des MSP et des CPTS auxquelles elles adhèrent. Mais ils considèrent logique que les personnes intéressées par les projets d'une MSP le soient également pour par ceux des CPTS car leurs objectifs se recourent.

➤ Les mêmes personnes

EMG 2 : « je confonds souvent MSP et CPTS parce les principaux acteurs de la CPTS que je rencontre ils sont dans la MSP » « c'est dans les grosses maison de santé qu'on retrouve les principaux acteurs souvent de la CPTS »

➤ Les mêmes objectifs

EMG 7 : « mais aussi après il y a beaucoup de maisons de santé bah qui contribuent au CPTS bah la plupart d'ailleurs, parce qu'elles vont dans le même sens, enfin elles ont le même... enfin l'objectif je veux dire, si en soit elles ont le même objectif de prise en charge donc ça paraît logique que les membres d'une maison de santé soient membre de la CPTS, l'inverse paraîtrait presque contradictoire »

➤ La supériorité des CPTS ?

Parmi ces 3 EMG, l'EMG 6 s'interroge sur la structure prioritaire au yeux de son MSU et a constaté des bénéfices plus concrets pour les patients grâce aux MSP. De son côté EMG 2 voit une supériorité des CPTS sur les MSP notamment sur l'impact à l'échelle de la population et non plus seulement de la patientèle. Mais du fait du doublon MSP/CPTS considéré par certains EMG, L'EMG n'exclut pas dans sa pratique future de donner la primeur aux MSP.

EMG 6 : « il est très impliqué dans la maison de santé, dans la communauté de communes...il essaye vraiment d'être hyper présent pour avoir une bonne MSP bien pluri disciplinaire ...par rapport et vis-à-vis de la CPTS on en a pas parlé encore, il me parle d'un projet pour la maison de santé mais vis-à-vis de la CPTS on a pas trop parlé »

EMG 6 : « comme je te disais tout à l'heure moi je trouvais les réunions de la MSP hyper intéressantes parce que c'était concret, tu parles des patients... là de ce que j'ai vu j'ai pas trop...j'ai pas trop compris l'intérêt, euh j'ai pas... je sais pas pas, effectivement ça de me donne pas envie de m'engager dans ça, mais probablement parce que j'ai un regard biaisé par les expériences »

EMG 2 : voilà, et je pense aussi que la CPTS brasse des horizons plus larges que ceux de la MSP [...] tu vois, là ce projet de remise en forme tu ne peux pas le faire tout seul, tu peux pas le faire en MSP ou compliqué parce que sur dix/quinze patients c'est pas .. t'as pas de bénéfice global sur ta population globale, là où la CPTS justement a pile ce rôle-là j'ai envie de te dire de , d'améliorer, par rapport à la population »

EMG 2 : « si ça se trouve et bien il faudra que je m'implique dans ma MSP et donc en fait je n'aurais pas le temps de m'impliquer dans la CPTS ... »

➤ Les CPTS, la suite logique des MSP

Pour 2 EMG sur 7, les CPTS sont l'évolution des MSP au stade supérieur.

EMG 1 : « les professionnels qui travaillaient déjà ensemble, qui s'entendaient bien qui sont montés en CPTS »

VIII. Des questionnements en suspens

VIII.1. Sur la privation de liberté par les CPTS

Six EMG sur sept s'interrogent sur les mesures coercitives évoquées dans plusieurs propositions de loi, impliquant les CPTS.

➤ Liberté menacée

Cinq EMG sur sept évoquent avec crainte une éventuelle perte de liberté, pour les médecins et les internes.

EMG 4 : « les médecins pour demain il disent qu'il faut, qu'il faudrait pour protester, interdire euh ne pas adhérer à une CPTS ou se désinscrire des CPTS et je en vois pas en quoi euh...enfin je , ils ont l'air de dire que c'est quelque chose qui nous bride ou qui nous contrôle »

EMG 7 : « j'avoue que sur l'organisation de la CPTS dans ce qui était proposé ce n'est forcément ce qui m'avais le plus interpellé, il y avait toutes les histoires sur l'installation, voilà c'était plus euh liberté d'installation qui était quand même euh remise en cause euh... et puis limiter les remplacements à quatre ans et autres, toutes ces propositions y compris pour... j'avais regardé aussi pour les internes, enfin ce qu'ils prévoient pour les futurs internes »

➤ Liberté préservée

Quatre EMG sur sept dont 3 EMG ayant expérimenté les CPTS en stage constatent au contraire une liberté des professionnels de santé. Pour EMG 2 il faut défendre la liberté des CPTS, alors que pour EMG 1 les CPTS offrent justement une forme de liberté supérieure aux autres modes d'exercice.

EMG 3 : « ce sont des choses qui sont juste dites, moi je ne les constate pas en réalité... »

EMG 4 : « mais je, je ne vois pas... j'avoue que je n'ai pas d'arguments pour dire que vraiment ce serait quelque chose qui nous porterait préjudice... »

EMG 2 : « la CPTS ce n'est pas forcément un outil de la réforme si on le prenait en main et qu'on disait " non, nous on a déjà notre truc ne nous imposez rien au niveau de la CPTS et on voit " »

EMG 1 : « c'est un nouveau mode de coordination qui laisse aussi plus de liberté à chaque professionnel je pense, la CPTS »

➤ Méconnaissance par les détracteurs

EMG 3 : « alors que les gardes c'est dans la permanence des soins qui n'a rien avoir avec les CPTS... c'était aussi ce, cette perception des médecins étrangers, qui dans ce groupe s'inscrivaient, apprenaient la permanence des soins, ça n'existe pas en Roumanie donc c'était quelque chose de nouveau, ils sont pas forcément informés »

➤ Inquiétudes pour l'avenir

Pour 3 EMG sur 7 ce contexte peut remettre en question le projet professionnel. Deux EMG s'inquiètent de l'avenir de la Médecine Générale et du fait qu'un texte de loi similaire soit voté dans le futur.

EMG 5 : « j'avais l'impression que cette loi et toutes les polémiques qu'il y avait autour etc... ce qui ressortait c'était "ben merde le truc qui m'aurait vraiment plu bah on aurait dit que c'est pas du tout en train de se passer comme ça du coup ça me plait beaucoup moins" »

EMG 7 : « elles m'ont dit "bah moi là je crois que je ne vais pas m'installer je vais continuer les remplacements parce que vu là tout ce qui se prépare euh... ce n'est clairement pas le moment de s'installer... " [...] la loi il y a pas mal de choses pour lesquelles je n'étais pas pour... elle est pas passée (rires) après elle va peut-être revenir »

VIII.2. Sur la dissemblance des CPTS

➤ Un dynamisme inégal

Quatre EMG sur 7 sont troublés par les différences de fonctionnement entre les CPTS. Certaines CPTS semblent dynamiques et d'autres inutiles. Les EMG s'interrogent sur la raison de ces disparités.

EMG 1 : « en voyant certaines CPTS plus actives que d'autres, »

EMG 2 : « il y a beaucoup de CPTS qui servent à rien mais parce qu'elles sont vacantes on s'en sert pas quoi »

➤ Un caractère unique

Les EMG s'interrogent sur la raison de ces disparités entre les CPTS. Pour 3 EMG sur 7 chaque CPTS est unique et à l'image de ses professionnels de santé.

EMG 1 : « chaque CPTS dépend aussi des membres qui la composent »

EMG 3 : « voilà ça existe, ça peut marcher, pas marcher, ça dépend un peu des participants [...] ça dépend évidemment de la qualité des échanges et de la qualité des personnes qui participent et ce n'est plus la responsabilité de la CPTS s'il n'y a rien qui sort... »

➤ Des actions pas toujours visibles

Pour 3 EMG sur 7 les résultats concrets des CPTS ne sont pas toujours connus.

EMG 5 : « après depuis la mise en place...alors je crois que c'est relativement récent [...] mais j'ai pas eu de répercussion de la création de la CPTS sur la région, j'ai pas vu d'effets sur ma pratique quotidienne... »

EMG 6 : « je ne sais même pas ce que fait une CPTS donc...quelles sont les missions comme on disait tout à l'heure des CPTS [...] euh actions de la CPTS ? euh non j'en ai aucune idée »

VIII.3. Sur la pérennité des CPTS

Les EMG s'interrogent sur la capacité des CPTS à rester productives et attractives dans le temps.

➤ La temporalité des CPTS

Pour 3 EMG sur 7 les projets de la CPTS se conçoivent sur le long terme. L'élaboration des actions de santé, comme les protocoles de soins, intègre parfois un nombre important de professionnels. Pour 2 EMG sur 7 il est normal que la concrétisation de ces projets prenne du temps.

EMG 2 : « pareil je pense que c'est un objectif à long terme » « vu l'ampleur du truc oui ça avance, je ne suis pas d'accord avec le pas de fourmis parce que c'est quelque chose qui prend du temps forcément » « avec quand même pas loin de vingt intervenants, tous dans des groupes différents, arriver à des compromis satisfaisants et des critères d'évaluation pertinents, c'est pas facile... c'est pas facile et donc non non je pense que ça avance à bonne vitesse... »

➤ Une tendance éphémère

Deux EMG sur sept se demandent, dont EMG 3 paradoxalement à sa vision précitée, si les CPTS ne sont pas éphémères.

EMG 1 : « les CPTS c'est bien mais, je, enfin est ce que ça va tenir sur le long terme, est ce que tout sera toujours bien coordonné, est ce que... voilà quoi... »

➤ Faire vivre la CPTS :

Pour 4 EMG sur 7 il est important d'entretenir une dynamique au sein des CPTS. Les réunions paraissent indispensables pour garder la CPTS vivante. A noter que l'EMG 4 ne conçoit pas les CPTS comme un lieu de vie à la différence des MSP.

EMG 1 : « c'est surtout pour faire tourner la CPTS l'inconvénient majeur [...] forcément il faut faire des réunions pour les CPTS »

EMG 3 : « je trouve que c'est une organisation qui est très vivante en fait »

EMG 4 : « pour moi la CPTS c'est pas forcément un lieu où tu exerces... alors que la MSP on est vraiment au sein, c'est vraiment quelque chose que l'on vit au quotidien... »

➤ La gestion des conflits

Pour 3 EMG sur 7 les problèmes relationnels ne sont pas rédhibitoires à condition que les professionnels de santé maintiennent le dialogue et se remettent en question. Travailler en exercice coordonné est nouveau pour certains médecins qui doivent apprendre à communiquer en milieu pluriprofessionnel.

EMG 2 : « là ça a chauffé aussi un peu parce qu'ils étaient pas d'accord, mais ils étaient pas d'accord avec tous la volonté quand même d'avancer sur le projet, donc ils râlent...ça négocie... mais ça avance... »

EMG 3 : « toutes les professions peuvent venir et se mettre ensemble autour d'une table... pour moi c'est ça le plus gros avantage ! pas les protocoles, pas les SNP, non tout ça pour moi c'est le fruit, mais la graine c'est cette qualité de rencontre qui peut être (rires) très vive et très mouvementée par moment mais si elle n'a pas lieu c'est sûr que rien n'avancera »

EMG 2 : « mais c'est pareil on est pas nous médecin habitué à faire ça, à aucun moment dans notre cursus on nous apprend la pluridisciplinarité [...] échanger entre les médecins c'est compliqué parce

qu'on a toujours appris à rester, et surtout les vieux et là je lâche un peu un scud mais... les vieux ont toujours appris à rester sur leurs positions »

➤ Donner l'exemple pour convaincre

Pour l'EMG 2 il est légitime que des EMG ou des professionnels de santé remettent en question la pérennité des CPTS. Mais pour lui la réussite et l'efficacité des CPTS dans le temps pourront lever leurs doutes.

EMG 3 : « pour moi c'est très important la force de l'exemple... »

VIII.4. Sur l'adhésion

➤ Exercer au sein d'une CPTS

- Cinq EMG sur sept envisagent de **travailler au sein d'une CPTS** à l'avenir.

EMG 5 : « dans le projet un peu flou mais que je vois d'une installation en Martinique, je pense que la CPTS...je pense que c'est vraiment quelque chose voilà qui pourrait s'avérer intéressant »

EMG 7 : « Je pense que j'y viendrai parce que je trouve ça hyper intéressant »

- Deux EMG n'ont **pas vu l'intérêt** de l'exercice dans les CPTS.

EMG 4 : « pour l'instant je ne vois pas du tout quelles seraient les différences en fait ... je ne vois pas du tout en quoi ça me... ça influencerait mon travail en fait ... je vois pas en quoi ça ferait une différence »

EMG 6 : « je peux pas trop dire [...] parce que les CPTS je connais pas...(rires) je connais toujours pas »

- L'EMG 3 est adjoint dans une MSP membre d'une CPTS et **participe déjà aux actions de la CPTS**.

EMG 3 : « les soins non programmés qui marchent très très bien c'est un vrai succès, euh, avec une bonne organisation, une bonne collaboration avec le service 15 [...] je suis inscrit là-dedans »

- L'EMG 7 se demande **quelles raisons dissuadent les professionnels** d'intégrer une CPTS.

EMG 7 : « je me dis qu'il doit y en avoir quand même, parce qu'il y a aussi pas mal de médecins qui on va dire sont réticents à rentrer dans la CPTS ou des choses comme ça donc »

➤ La procédure d'adhésion

Deux EMG sur sept se questionnent sur la manière d'adhérer à une CPTS.

EMG 5 : « et je ne me souviens plus du tout de ce qu'il m'avait dit sur comment intégrer une CPTS, mais en tout cas le fait que lui en tant que kiné m'en ait parlé en me disant que lui voulait en faire partie »

➤ L'évaluation de la CPTS

Trois EMG sur sept ont besoin de sonder la CPTS de leur territoire avant de se décider à adhérer. Ils veulent connaître leurs futurs collaborateurs mais également évaluer les projets de santé déjà en place. Ils veulent intégrer une structure opérationnelle.

EMG 7 : « je préfère intégrer quelque chose d'existant plutôt que de créer quelque chose parce que bah j'ai déjà tellement de choses à découvrir [...] par contre j'ai envie d'avoir un peu travaillé avec les gens, parce que je ne vais pas décider de m'installer, parce que l'installation c'est pas rien hein [...]vu que je me projette dans un activité dans ce secteur bah, la CPTS ce sera celle-ci dans tous les cas, ça peut être intéressant quand même de voir comment ils travaillent qu'est-ce qu'ils proposent [...] qu'est-ce que ça va m'apporte dans ma pratique de rejoindre la CPTS »

IX. Le potentiel novateur et prometteur des CPTS

IX.1. L'utilité face aux problématiques médicales

➤ Un outil

Trois EMG sur 7 considèrent la CPTS comme un outil. L'EMG 2 utilise le terme vingt trois fois pour désigner les CPTS.

EMG 1 : « en tout cas c'est un outil qu'il faut, qu'il faut utiliser je pense surtout en ce moment ... pour notre pratique »

EMG 2 : « c'est qu'une CPTS en elle-même ça sert à rien c'est ce qu'on en fait, c'est juste un outil pour moi en fait »

➤ Le contexte sanitaire

Quatre EMG sur sept abordent les différentes problématiques médicales identifiées au cours de leurs stages : population défavorisée, population étrangère, zone sous dotée médicalement entraînant un surmenage chez les professionnels et des délais de consultation plus longs pour les patients. Pour l'EMG 4 les médecins généralistes ne sont pas toujours bien considérés par les médecins spécialistes, ce qui peut ralentir le parcours de soins.

EMG 2 : « en fait c'est une patientèle qui est difficile pour eux je trouve par ce qu'il y a un tel désert médical que c'est très lourd, je me retrouve très souvent avec des consultations aux motifs multiples euh ... il y a beaucoup plus de patients étrangers [...] ne parlent pas très bien français avec aussi une mauvaise compréhension du système de santé français avec des demandes qui ne me paraissent pas toujours justifiées, donc souvent des consultations plus lourdes, pour prendre le temps de te justifier et cætera... »

EMG 7 : « moi je vois le secteur où je travaille actuellement, on est... on est blindé clairement euh... c'est pas une ZIP c'est une ... une ZAC une zone d'action complémentaire euh [...] pourtant c'est quand même un désert médical clairement... »

EMG 4 : « il y a quand même une partie de la population qui n'a pas de médecin traitant et où c'est ultra compliqué de gérer tout le monde et on fait encore les secrétaires des médecins spécialistes qui disent "oh non non moi j'ai fait trop d'études pour pouvoir faire l'arrêt de travail allez voir votre médecin traitant"...non mais c'est pas possible d'être méprisé à ce point-là quoi, c'est pas possible de travailler de manière coordonné dans ces conditions... »

➤ Une solution

Pour 5 EMG sur 7 Les CPTS représentent une solution potentielle.

EMG 1 : « c'est je pense pas que ce soit ... LA solution miracle ou autre chose comme ça mais ... »

EMG 5 : « je pense que ce serait beaucoup plus l'exercice coordonné comme les CPTS qui permettrait euh, une meilleure lutte contre les déserts médicaux et les crises de santé qu'on peut voir en ce moment »

IX.2. La prévention

➤ De la prévention à grande échelle

Pour 2 EMG sur 7, les CPTS ont un champ d'action plus large que d'autres structures ambulatoires.

EMG 1 : « un territoire un peu plus large euh qu'une MSP » « dans la prévention de la population parce que moi je vois bien, euh je vois bien des actions de prévention faites par les, les CPTS ou les professionnels des CPTS, je te parlais du dépistage par frottis mais euh ça peut être aussi une intervention dans les écoles ou euh dans les EHPAD... »

➤ Un domaine négligé

Pour 3 EMG sur 7, le domaine de la prévention et de la santé publique a été sous-estimé pendant longtemps. La prévention serait indispensable en Médecine Générale.

EMG 1 : « peut-être que ça recentre plus au niveau de la prévention donc une autre, une autre médecine aussi, je sais pas [...] je pense que dans la prévention les CPTS peuvent être bien mises à contribution, ce qui est aussi un gros point de la médecine générale qu'on a vachement de mal à mettre en pratique dans les consultation de tous les jours quoi »

➤ Des moyens humains et financiers

Pour 2 EMG sur 7, les CPTS bénéficient de moyens humains et financiers pour mettre en place leurs actions de prévention.

EMG 1 : « je pense que les CPTS peuvent avoir beaucoup de poids dans l'accès au soin et dans le, dans la prévention de la population »

EMG 2 : « mais c'est des sous, c'est financements possibles pour tel ou tel projet, alors moi des idées de projet comme ça j'en ai pas mais typiquement là le dépistage du cancer de colon qui va se faire avec l'infirmière asalée de la maison de santé et d'autres infirmières d'autres horizons et qui vont aller sur les marchés et parler du cancer du côlon... je pense que ça peut être cet intérêt là aussi quoi »

➤ Du sur-mesure

Pour 4 EMG sur 7 les diverses actions de prévention des CPTS sont adaptées aux besoins de la population et du territoire.

EMG 1 : « j'imagine que ça fait partie de l'une des missions des CPTS de coordonner les professionnels de santé autour des besoins d'un territoire »

EMG 2 : « une organisation territoriale principalement axée sur la prévention »

IX. 3. Le réseau de communication

➤ Atout majeur

Pour 3 EMG sur 7, le mode de communication entre les professionnels de santé d'un territoire en CPTS est un de leurs plus gros avantages.

EMG 5 : « il doit y avoir des difficultés propres mais dans la balance bénéfiques/risques à mon avis, faire un espèce d'entité où les gens peuvent communiquer bah ça a beaucoup plus de bénéfices que de risques sur le...euh sur le fonctionnement du réseau de santé d'un territoire... »

EMG 1 : les CPTS permettent de se faire rencontrer les professionnels...la communication [...] euh je pense que justement le fait que ce soit très localisé, enfin très orienté dans un même territoire permet aux professionnels de travailler en bonne intelligence »

➤ Collaboration : une nouvelle dimension

Pour l'EMG 3 le mode de communication au sein d'une CPTS apporte une nouvelle dimension à la collaboration pluriprofessionnelle.

EMG 3 : « la communication, le fait de se mettre ensemble, de créer une communauté locale...locale et multi professionnelle ça c'est... c'est tout autre chose [...] moi je trouve déjà... qu'on a un truc de tout autre niveau »

➤ Communication inter CPTS

Deux EMG sur sept évoquent l'existence d'une communication entre les différentes CPTS pour une mise en commun et une unicité des pratiques dans l'intérêt d'une population toujours plus grande.

EMG 3 : « il y en a plusieurs, de CPTS je veux dire, c'est pas une seule qui est officielle ou je sais pas quoi, il y a plusieurs dans le 28 qui n'est pas vraiment très très grand mais il y en a deux ou trois qui collaborent, on parle souvent de rencontres ou décisions inter CPTS... c'est-à-dire qu'ils se sont organisés peut être différemment autour d'un sujet et puis ils décident d'échanger et de se dire allez adoptons un truc commun ! pas une unification de CPTS sous la forme d'une seule, mais l'idée de faire de la même façon dans les différents points du territoire, par le biais de cette organisation »

IX.4. La gestion de crise

Cinq EMG sur sept ont reconnu l'efficacité de la gestion de la crise COVID. L'EMG 1 pense que la pandémie due au coronavirus a favorisé l'émergence des CPTS.

➤ Une organisation efficiente

Cinq EMG sur sept ont reconnu l'efficacité de la gestion de la crise COVID. L'EMG 1 pense que la pandémie due au coronavirus a favorisé l'émergence des CPTS.

EMG 1 : « pendant la crise covid je sais que la CPTS s'occupait de euh (silence) de, d'avoir et de redistribuer les masques, les vaccins, les choses comme ça... d'ouvrir les centres de...(silence) d'auscultation covid des choses comme ça »

EMG 1 : « peut-être que oui le covid a, a accéléré la mise en place des CPTS... »

➤ Les autres actions éclipsées par la crise

Pour 2 EMG sur 7 l'efficacité et la mise en lumière des CPTS au cours de la pandémie COVID 19 auraient fait de l'ombre à ses autres missions.

EMG 6 : « euh est-ce que c'est passé au second plan parce qu'il y avait le COVID peut-être, probablement d'ailleurs... »

IX.5. Les soins non programmés

Pour 4 EMG sur 7 les CPTS se révèlent très avantageuses pour améliorer l'offre de soins notamment par la mise en place des soins non programmés.

➤ Bénéfice réciproque médecin/patient

Pour 3 EMG sur 7 les soins non programmés permettent de soulager les médecins et de proposer des alternatives aux patients qui n'ont pas accès à un médecin traitant.

EMG 1 : « par rapport à l'accès au soin, mais par rapport à l'accès à des soins non programmés aussi parce que les patients du territoire qui n'ont pas de médecin traitant euh enfin j'ai trouvé que c'était vraiment une bonne idée [...] et en fait les gens qui n'ont pas de médecin traitant ou que le médecin est pas là ou quoi, passent par la CPTS pour avoir un rdv d'urgence le jour même ou ... le jour même en général et du coup tu reçois les patients qui ne sont pas les tiens et tu les reçois dans le cadre des soins non programmés de la CPTS... et ça a permis à beaucoup de gens d'avoir accès à des, à des médecins rapidement, en cas d'urgence quoi... »

➤ Se porter volontaire

Trois EMG sur sept adhèrent au fait de participer selon sa volonté et ses possibilités aux soins non programmés. L'EMG 3 prend déjà part à la gestion des soins non programmés au sein de la CPTS où il exerce.

EMG 1 : « moi par exemple donner de mon temps pour des soins non programmés ça ne me dérange pas, surtout en tant que remplaçante ça ne me dérangeait pas du tout »

EMG 3 : « je suis inscrit là-dedans avec des, enfin des astreintes si je puis dire, des gardes si on veut... des plages horaires où on prend en charge des patients qu'on connaît pas, qui n'ont pas de médecin traitant ou alors qui ont besoin de soins alors que leur médecin traitant n'est pas disponible »

➤ Indemnisation des médecins volontaires

Deux EMG soulignent le fait que ces participations aux soins non programmées sont indemnisées.

EMG 1 : « il y a des médecins qui sur la base du volontariat donnent des heures, ou des créneaux de consultation d'urgence soit tous les jours soit une journée par semaine soit euh en fait c'est comme ils veulent, ces créneaux sont rémunérés »

IX.6. Un interlocuteur à la taille de l'hôpital

Quatre EMG sur sept pensent que la CPTS a un rôle important à jouer dans la relation ville/hôpital.

➤ Relation ville/hôpital compliquée

Trois EMG sur sept insistent sur la difficulté de communication entre les professionnels ambulatoires et hospitaliers.

EMG 4 : « final je trouve que le plus difficile c'est de travailler avec les hospitaliers ...c'est de, d'avoir des avis sur des, des spécialistes, tu veux hospitaliser un patient, ah non il faut passer par les urgences, ouais enfin les urgences là elles sont saturées...tu veux pas faire un effort en le prenant directement... c'est compliqué...le lien ville/hôpital il est pas fluide... »

EMG 7 : « contrairement à l'hôpital ou à chaque fois on est obligé de passer par le standard, par la secrétaire qui est ouvert de 8H à 11h...c'est toujours très compliqué et on perd du temps [...] les relations sont encore un petit peu compliquées je trouve, c'est pas fluide, c'est pas fluide, ça dépend des services... »

➤ Un lien oublié

La collaboration entre la médecine ambulatoire et hospitalière n'est pas assez développée. La présence de professionnels de l'hôpital lors de réunions CPTS a donc surpris EMG 3.

EMG 3 : « il y a avait des médecins de l'hôpital ça c'était des nouveau, sage-femmes, infirmières, pharmaciens ça ne m'a pas trop étonné mais médecins de l'hôpital oui ! c'était une surprise je ne m'y attendais pas... »

➤ Le poids de la CPTS

Pour 2 EMG sur 7 la CPTS permet d'être mieux écouté par les responsables et professionnels hospitaliers.

EMG 2 : « encore une fois la CPTS c'est un poids notamment auprès des hôpitaux [...] quand tu parles au nom d'un médecin tout seul tu ne te fais pas écouter, quand tu parles au nom de dix médecins parce que c'est la maison de santé et que t'es un représentant de la maison de santé t'as un poids plus important aussi ... euh voilà, c'est pareil avec la CPTS »

➤ Renforcer la coordination ville/hôpital

Pour 4 EMG sur 7 il est important d'améliorer le lien entre la médecine ambulatoire et hospitalière. Cela peut se faire grâce à des liens renforcés entre les professionnels

EMG 4 : « mais je pense qu'effectivement si on veut améliorer les choses ce sera indispensable »

EMG 5 : « ce qui a l'air d'être intéressant c'est le lien ville/hôpital, mais est ce que la communication se fait vraiment bien euh...quel est vraiment ce lien ville/hôpital, est ce que c'est juste pour s'envoyer des patients ou il y a des rencontres, des réunions des euh... envoyer nous pour telle ou telle indication, et euh... je ne sais pas du tout, mais si ça se fait bien ça peut être super intéressant effectivement »

EMG 7 : « ils (professionnels de la CPTS) étaient venus se présenter à la réunion à l'hôpital c'était bien je trouve qu'ils viennent se présenter aussi à l'hôpital parce l'hôpital ça peut aussi être un partenaire »

X. La formation des EMG et les CPTS

X.1. La position de stagiaire

Trois EMG sur sept décrivent un sentiment d'exclusion au cours de leurs stages vis-à-vis des professionnels qu'ils côtoient.

➤ Être mis à l'écart

L'EMG 7 n'était pas incluse dans les échanges de son MSU concernant les CPTS.

EMG 7 : « j'ai jamais été invitée à une réunion [...] c'est-à-dire un de mes MSU disait "ah bah ce soir j'ai la réunion CPTS" mais plus en discutant sur le programme de sa soirée...comme une information, du coup jamais assisté »

➤ Avoir l'impression de déranger

L'EMG 6 par exemple se sent de trop dans l'équipe déjà en place.

EMG 6 : « parce que qu'on est internes on arrive comme des cheveux sur la soupe »

➤ Ne pas avoir le temps de mettre en pratique

La durée des stages de 6 mois ne permet pas de pleinement exploiter le potentiel de chaque terrain de stage. Certaines découvertes sont trop tardives notamment dans les stages en autonomie.

EMG 1 : « j'ai appris son existence à la fin enfin, ce que j'ai fait là c'était à la fin de mon stage euh de SASPAS, donc j'ai appris ça à la fin de mon stage de SASPAS, je ne savais pas que ça existait et je n'ai pas eu le temps de le mettre en place »

➤ Être considéré en tant qu'EMG

Trois EMG sur sept au contraire se sentent considérés dans leur position de stagiaire par leurs MSU ou directement par les CPTS.

EMG 7 : « elles discutaient beaucoup sur l'accueil des internes aussi [...] elle était très investie pour les formations de quoi on a besoin euh voilà les conjoints, toi tu seras avec ton conjoint et cætera [...] enfin d'aider les internes »

X.2. Les connaissances dépendantes des MSU

➤ Être impliqué

Pour 4 EMG sur 7 les MSU partagent volontiers leurs expériences et connaissances en général ou plus précisément sur les CPTS. Pour certains l'information délivrée par le MSU a été essentielle dans la découverte des CPTS.

EMG 2 : « et comment j'ai découvert du coup et bien parce que (mon MSU) est à fond là-dedans, il est hyper pro actif dedans et qu'il propose des choses et c'est comme ça que j'ai découvert la CPTS [...] cette CPTS si (mon MSU) n'y avait pas été je n'aurais pas mis mon nez dedans soyons honnête deux minutes... c'est à l'initiative de (mon MSU) que je me suis dit là pourquoi pas plus tard, mais en fait si il n'y avait pas eu (mon MSU) tu vois j'aurais eu aucune affinité, rien pour la CPTS. »

➤ Ne pas être impliqué

Pour six EMG sur sept il y a un ressenti global de manque d'informations. Cela ne concerne pas tous les MSU ni tous les sujets mais certains EMG regrettent le manque de discussion sur des sujets pratiques comme le fonctionnement, l'administratif, les actions des MSP ou des CPTS.

EMG 6 : « je regrette un peu d'ailleurs, on s'est jamais posé pour discuter de euh de l'administratif de la MSP, de comment ça marche, de comment ça se met en place, de comment il est rentré dedans...ça on en a jamais discuté...euh [...] mais personne ne m'a expliqué ce qu'est vraiment la CPTS »

EMG 7 : « C'est vrai que je n'ai pas spécialement posé la question sur leur relation avec la CPTS, après voilà quand ils m'en parlaient c'était globalement pour des formations ou euh... "voilà il y la formation sur les écrans ou sur l'allaitement maternel est ce que ça t'intéresse ? " ... euh mais je n'ai pas cette notion de protocole, voilà en tous cas je n'ai pas la notion, peut-être qu'ils l'ont fait mais en tous cas ils m'en ont pas parlé »

➤ Caractéristiques individuelles des MSU

Pour 4 EMG sur 7 le partage des connaissances dépend du caractère et de la personnalité du maître de stage. Certains MSU ne sont pas portés sur la communication y compris avec leurs stagiaires.

EMG 1 : « non il parlait pas vraiment, c'était pas un grand causeur (rires) mais non il m'en parlait pas trop trop [...] »

EMG 4 : « euh franchement l'administratif ce n'était pas du tout son truc [...] non c'était quelqu'un de très discret et euh... il ne parlait pas beaucoup en fait »

➤ Enseignement subjectif

Pour 3 EMG sur 7 les connaissances partagées par le MSU peuvent manquer d'objectivité. Le regard personnel de chaque MSU n'aide pas les EMG à clarifier leur vision des CPTS.

EMG 1 : « après je pense que ça dépend vraiment euh quand t'es interne ça dépend vraiment du médecin avec qui tu es et ce qu'il veut bien te dire de la CPTS et ce qu'il veut bien te partager de, de ce qui est mis en place tu vois, chaque médecin s'investit différemment euh dans la CPTS donc ça dépend aussi ».

EMG 2 : « on ne peut pas demander aux maîtres de stage je pense de trop s'impliquer en formation dans les choses dans laquelle ils ne sont pas »

EMG 3 : « bon on échange avec nos maîtres de stage, il nous dit aussi comment il fait, mais je constate d'un stage à l'autre, d'un terrain de stage à l'autre, qu'en fait ce n'est pas la même pratique... moi j'aurais aimé la position officielle »

X.3. Une formation sur les CPTS : des attentes variables

➤ Une formation nécessaire

- Cinq EMG sur 7 sont demandeurs d'une présentation plus officielle, objective et accessible. L'EMG 5 aurait aimé expérimenter les CPTS lors de ses stages. Pour deux EMG une formation sur les CPTS serait aussi pertinente pour leur future pratique que le séminaire installation.

EMG 3 : « on découvre de manière pratique au gré des stages mais tous les stages ne proposent pas un terrain de stage en CPTS »

EMG 7 : « pour moi en tout cas la CPTS ça reste assez flou et je sais que je vais m'y pencher un peu plus pour mieux comprendre et que je vais poser des questions aux principaux intéressés [...] donc ouais pourquoi pas une formation organisée »

EMG 5 : « je pense que ça pourrait être aussi utile que le fameux séminaire installation [...] parce qu'autant c'est bien de savoir qu'il faut mettre eu moins cinquante pour cent de sa rétrocession de côté (rires) autant je pense que ça peut être intéressant qu'on nous dise "voilà quand vous allez vous installer sachez qu'il y a différents modes d'exercice, etc... [...] si effectivement ils nous expliquaient un petit peu, bah par exemple notamment les CPTS »

- Parmi ces cinq EMG, 3 EMG insistent sur le fait que la formation ne doit pas être imposée.

EMG 7 : « mais c'est sur le volontariat, forcément, quand il y a une formation c'est forcément sur la base du volontariat, on ne peut pas obliger les gens à se former, ils vont y aller ils ne vont pas intégrer, pour que ça ait du sens... les gens, il faut que les gens soient moteur c'est... c'est ce que je pense... »

➤ Une formation superflue

- Deux EMG sur sept ne ressentent pas le besoin d'une formation sur les CPTS. L'EMG 4 qui n'a pas fait de stage au sein d'une CPTS ne voit pas l'intérêt d'une formation ni d'une expérimentation. L'EMG 6

ne veut pas d'une « formation » à proprement parlé mais d'une présentation brève des CPTS. Malgré ces stages au sein de plusieurs CPTS, l'EMG 6 a peu d'acquis au terme de ses études.

EMG 4 : « je vois pas en quoi ça ferait une différence [...] une formation pas forcément parce qu'au final c'est quelque chose qui s'apprend surtout avec l'expérience et en voyant tes maîtres de stage exercer... »

EMG 6 : « Vu que j'ai toujours pas compris comment ça fonctionne [...] pas forcément une formation mais au point qu'on me pose les bases, qu'on sache ce que c'est, à quoi ça sert, quelles sont... quel est l'intérêt pour le patient et en quoi ça pourrait aider... donc euh je ne pense pas qu'il faille une formation mais au moins...en vingt minutes nous expliquer ce qu'est une CPTS et comment ça pourrait aider à améliorer la prise en charge ... »

- Pour ces deux EMG, il existe un certain nombre de freins à la mise en place d'une formation. Les EMG 4 et 6 avancent le mode de répartition des terrains de stage parfois très distants des uns des autres, ainsi que le planning déjà chargé en tant qu'interne, ce qui laisserait peu de temps pour une formation supplémentaire.

EMG 4 : « une formation pendant nos stages... après c'est ultra compliqué parce qu'on sait bien que tout le monde est ultra débordé qu'ils ont déjà pas le temps de gérer les patients, donc ça veut dire qu'il faut mobiliser euh une, un chef ou un maître de stage qui puisse, qui soit déjà un petit peu, un petit peu humain, donc qui sache déjà travailler un petit peu de manière coordonné (rires) pour pouvoir l'enseigner à ses, à ses internes euh... »

EMG 6 : « avoir bossé la journée, tu termines, t'as même pas bouffé et il faut que t'ailles descendre à Loches alors que tu étais à Château-Renault donc ça fait une heure et demi de route...non (silence) c'est comme ça qu'ils ont constitué nos stages t'en as deux au nord, un au sud euh...donc forcément, ça aussi forcément ça bouffe de l'énergie, ça prend de l'énergie...quand tu rentres le soir et que tu bosses ta thèse tu n'as pas envie de faire autre chose quoi... »

X.4. Les dispositions de la formation sur les CPTS

➤ Une Formation théorique et pratique

Les six EMG favorables à une présentation sur les CPTS ont tous décrit une formation à la fois théorique et pratique. Une partie théorique pour définir les CPTS et présenter son fonctionnement, ses missions et ses acteurs locaux. Une partie pratique pour mieux appréhender les CPTS malgré leur complexité, à travers les stages ou une mise en relation avec ses professionnels de santé.

En théorie

Un cours magistral ou un enseignement dirigé organisé par la faculté de Médecine.

EMG 2 : « mais les ED comme ça où juste on se pose et on dit voilà les CPTS par exemple sur tel secteur a proposé ça, ça a pris tant de temps, le financement a été à hauteur de, etc ... d'une part... »

EMG 7 : « enfin une formation je dis pas qu'il faut faire une journée ou euh...mais euh ne serait-ce que déjà une heure pour présenter une CPTS, quels sont... mais aussi présenter enfin présenter les avantages mais aussi les inconvénients »

En pratique

Les stages ambulatoires ne peuvent pas assurer à chaque EMG une expérience au sein des CPTS. Une mise en relation directe avec des acteurs des CPTS est proposée par plusieurs EMG.

EMG 1 : « au cours des stages je pense que c'est plus adapté parce que euh tu vois bien ce que c'est, t'es dedans donc tu, tu comprends ce que c'est »

EMG 2 : « ...et d'autre part une antenne locale qui par exemple accepte de recevoir un mail et de discuter par mail avec les personnes qui sont curieuses et qui ont pas la possibilité sur leur terrain de stage de s'impliquer là-dedans [...] et découvrir directement sur le terrain »

EMG 6 : « le mieux ce serait vraiment sur le terrain, voir sur le terrain comment ça marche... c'est vrai qu'on apprend plus facilement en voyant comment ça marche que euh en regardant un diapo, enfin en tout cas pour moi (rires) ... »

➤ Les modalités

Par qui

- L'EMG 3 propose une formation théorique par l'Assurance Maladie

EMG 3 : « peut-être des formations proposées par la CPAM »

- Trois EMG souhaitent une formation théorique organisée par la faculté

EMG 2 : « ne serait-ce que par la fac, enfin je ne sais pas comment ça peut se pratiquer, mais qu'il y ait une initiation à la CPTS »

- Deux EMG par la CPTS elle-même

EMG 7 : « il faut que ce soient des gens qui aient quand même l'expérience de la CPTS sinon ça n'a pas de sens »

EMG 7 : « parce que euh voilà la plupart des personnes qui viennent présenter les CPTS bah c'est forcément des personnes qui y travaillent et donc qui vont vouloir inciter les gens à venir mais je pense qu'il faut être transparent parce que c'est pas, voilà il faut être transparent sur tout hein comme quand on nous forme pour l'installation on sait qu'il y a des contraintes... »

Quand

- Au début pour 2 EMG

EMG 6 : « en niveau 1...ouais, le SASPAS c'est trop tard il faut le faire avant...on prend en charge les patients dès le niveau 1 donc il faut le faire en niveau 1... »

- A la fin de l'internat pour 3 EMG

EMG 5 : « ce serait plus pertinent en fin d'internat ouais... celui qui est en stage aux urgences il s'en fout, en fin je sais pas, mais peut-être qu'il y sera moins sensible [...] je pense que ce serait plus intéressant euh par exemple sur l'année où on fait le SASPAS [...] parce que c'est vraiment en SASPAS qu'on arrive vraiment à se projeter sur l'après... »

Comment

- En distanciel pour EMG 3

EMG 3 : « peut être un zoom, pour éviter des déplacements... »

- En présentiel, pour les 5 autres EMG dont deux EMG proposent une version aboutie de la formation qu'ils aimeraient avoir.

EMG 7 : « une heure pour présenter une CPTS, quels sont ses missions mais aussi présenter enfin présenter les avantages mais aussi les inconvénients [...] éventuellement une petite présentation courte pour présenter et qu'il y ait une discussion, peut-être plus sous forme de discussion euh partir plutôt des questions des étudiants, qu'est-ce que c'est, en quoi ça consiste... peut-être voilà partir de ça et répondre à des questions concrètes »

EMG 1 : quand t'arrives sur un territoire que la CPTS puisse euh t'accueillir en lien avec la fac, enfin que la fac donne je sais pas, les noms des internes qui sont sur le territoire en stage tu vois, et que la CPTS puisse t'accueillir et présenter ce qu'est une CPTS, parce que ça éviterait à la fac de un cours sur l'exercice coordonné et ça permettrait à la CPTS de se faire connaître et de faire connaître son territoire »

Discussion

I. Synthèse des résultats

I.1. La théorie

Au terme de l'analyse qualitative inspirée de la théorisation ancrée, nous avons élaboré une théorie en réponse à notre question de recherche, théorie à partir de laquelle nous avons construit le plan de présentation des résultats.

« Les représentations des EMG sur l'exercice coordonné révèlent un changement de paradigme pour les nouvelles générations de médecins généralistes, qui prennent les MSP pour modèle de référence. Le mode de découverte hétérogène des CPTS donne une vision contrastée et confuse des CPTS, source de questionnements pour les EMG, mais qui leur permet malgré tout d'entrevoir le potentiel novateur et prometteur des CPTS. La complexité perçue des CPTS est amplifiée par l'absence d'expérimentation et d'informations. Les EMG sont demandeurs d'une formation plus uniforme au cours de l'internat »

I.2. Un exercice coordonné naturel pour les EMG

Les EMG ne maîtrisent pas les codes et les formes consensuelles de l'exercice coordonné (ESP, CDS, etc...), mais l'intègrent dans leur vision de la médecine ambulatoire. Ils décrivent un exercice coordonné informel constaté en stage et indispensable selon eux pour la pratique de la médecine générale. Ils prônent une médecine générale où chaque compétence, chaque profession est valorisée, et où la collaboration sans hiérarchie tient une place importante, selon une approche centrée patient. Ils se réclament d'une nouvelle génération qui veut en finir avec la vision paternaliste de la médecine générale. Ils intègrent également les acteurs de 1^{er} recours et les nouveaux métiers de la santé : IDE asalée ou IPA. Les EMG souhaitent de meilleures conditions d'exercice : d'abord travailler en groupe et en pluriprofessionnalité, mais aussi une pratique évolutive et modulable leur permettant de réaliser des projets, parfois en dehors des murs du cabinet, leur tenant à cœur. Ils désirent des vies personnelles et professionnelles plus équilibrées, où la famille est une priorité.

I.3. Le prisme des MSP

Tous les EMG de l'étude ont effectué un stage au sein d'une MSP, au cours duquel ils ont identifié les mêmes avantages : cadre bienveillant et agréable, amélioration des compétences au contact des autres professionnels, facilité de communication et optimisation du parcours de soins. Et les mêmes limites : perte de temps médical, charge administrative, conflits, cohabitation sans coordination. Six EMG sur sept se projettent sur une installation dans une MSP, sous condition d'une bonne dynamique interne. Les EMG considèrent les MSP comme un modèle d'exercice coordonné, qui leur a donc servi de référence, lors de la découverte des CPTS. Cinq EMG sur sept ont pu expérimenter les CPTS. Cette expérimentation, s'est souvent faite au cours d'un stage au sein d'une MSP. Ils rapportent les difficultés à distinguer les deux structures. Un EMG considère n'avoir pas eu d'expérience directe avec la CPTS, malgré son stage dans une MSP, où ses trois MSU appartenaient à une CPTS. Ils s'interrogent sur les limites des MSP et les bénéfices supplémentaires d'un exercice en CPTS.

I.4. La vision contrastée des CPTS

Les EMG de l'étude ont entendu parler des CPTS à différents moments et par différentes personnes. Une présentation sombre et négative des CPTS est relatée par trois EMG, dans un contexte particulier de projets de loi concernant l'accès aux soins, et impliquant les CPTS. D'autres EMG ont bénéficié d'une présentation plus positive, par des MSU, des internes, des revues médicales. La majorité des EMG, rapportent des explications sur les CPTS manquant de clarté, que ce soit sur la création, l'adhésion, le fonctionnement administratif, les actions et missions, ou encore le rôle des tutelles comme l'ARS et la CPAM. Leur interlocuteur principal reste le maître de stage. Ils sont dépendants de sa volonté et de sa capacité à partager ses connaissances. Les EMG regrettent le manque d'échange et de transparence avec certains de leur MSU, et pas seulement concernant le sujet des CPTS. Ils retrouvent au sein de la CPTS des points communs avec les MSP. Les avantages de la MSP, sont étendus à un plus vaste territoire et profitent à un plus grand nombre de professionnels et de patients : communauté, réseau de communication, formations, fluidité du parcours de soins sur le territoire. Pour les EMG, les contraintes semblent également amplifiées par la taille des CPTS, notamment sur le plan des réunions et des conflits. Chaque CPTS est unique et dépend de ses membres. Leur vision des CPTS, bien que trouble et confuse, leur permet de percevoir les atouts propres aux CPTS qui font leur force. Les EMG considèrent le potentiel des CPTS comme novateur et indispensable au vue du contexte médical actuel et de ses nombreuses problématiques. Les CPTS offrent des solutions concrètes comme la gestion des soins non programmés, la gestion de la pandémie COVID-19, les protocoles de santé adaptés aux besoins du territoire, la prévention et promotion de la santé, le renforcement du lien ville/hôpital.

I.5. Une formation généralisée ?

Les EMG considèrent les CPTS comme une organisation complexe, qui reste opaque malgré les recherches, les explications et mêmes les stages. Des questionnements persistent sur la privation de liberté au sein des CPTS, leur pérennité, leurs différences de fonctionnement et sur le manque de visibilité de certaines de leurs actions. Ces doutes pourraient être levés, par une meilleure connaissance des CPTS. Sur les deux EMG sur sept ne manifestant pas le souhait d'une formation, l'un évoque finalement une brève présentation sur les CPTS, car pour lui l'exercice coordonné se découvre en stage. Ce souhait est partagé par les cinq autres EMG, qui se plaignent d'une découverte fortuite et inégale des CPTS en terrain de stage. De plus, le manque d'uniformité dans les informations données sur les CPTS, rajoutent à leur confusion. Les EMG suggèrent une formation à la fois théorique et pratique. Ce type de formation complémentaire est nécessaire mais ils insistent sur son caractère non obligatoire. Les EMG sont force de proposition concernant leur formation. Si les propositions sont divisées sur les modalités (présentation par la Faculté, peut être sous la forme d'ED, par la CPAM, par les CPTS elles-mêmes, au début ou à la fin de l'internat...), ils sont quasiment unanimes sur le souhait d'une formation généralisée à l'ensemble des EMG. Une proposition se démarque par sa faisabilité et par le fait qu'elle existe déjà en région CVL : les EMG seraient accueillis en début de semestre par la CPTS du secteur pour faire connaître les CPTS en général, et plus précisément faire connaître les professionnels de santé du territoire aux EMG ambulatoires et hospitaliers.

II. Comparaison avec la littérature

II.1. La vision des EMG sur l'exercice coordonné

Les EMG sont à l'aise avec le principe d'exercice coordonné bien qu'ils connaissent peu ou mal les différentes formes codifiées comme les ESP ou les CDS. Ils décrivent plus volontiers un réseau informel de coordination en pluriprofessionnalité, constaté lors de leurs stages ambulatoires. Cette connaissance insuffisante des futurs médecins généralistes sur l'exercice coordonné a été décrite une première fois en 2013 et confirmée par une étude qualitative plus récente en 2018. Ces études s'intéressaient aux connaissances et à l'attractivité des jeunes médecins généralistes sortant de DES sur les MSP (42)(43). Ce qui n'empêche pas les EMG ne manifester un réel intérêt pour la pluriprofessionnalité, la valorisation de chaque compétence, et la mise en commun de ces expertises pour un prise en charge globale et optimale du patient. Les EMG sont sensibles à l'approche centrée patient, même si c'est une compétence perfectible. Une étude de 2018 a analysé la compétence « Relation, communication, et approche centrée patient » dans les portfolios des internes de Médecine Générale (44). Elle y précise la place centrale de la compétence au sein des autres compétences nécessaires au Des de Médecine Générale.

Les acteurs des soins primaires sont identifiés par les EMG qui collaborent volontiers avec eux sur un pied d'égalité, rejetant une vision paternaliste de la médecine. Le modèle paternaliste de la relation médecin/malade, a été le principal modèle de l'antiquité jusqu'aux années 1980. Depuis, le modèle délibératif, ou modèle de décision médicale partagée, s'est plus largement développé et semble évident pour les nouvelles générations de médecins généralistes (45). Certains EMG regrettent que les patients et leurs familles ne soient pas inclus davantage dans l'exercice coordonné, et considèrent que le rôle de coordination assuré par les proches du malade devrait être mieux valorisé. Ils estiment que les actions de santé instaurées dans le cadre d'un exercice coordonné, comme certains protocoles de prise en charge mis en place par les CPTS, ne sont pas assez visibles par les personnes qu'ils concernent, c'est-à-dire les patients. Dans ce sens « France Assos Santé » (FAS), l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, a publié en avril 2023 une note de position sur les CPTS. FAS recommande une implication plus importante des usagers, par exemple des sièges dans le conseil de gouvernance des CPTS, ou la participation des représentants d'association de patients et d'usagers, dans les actions et missions des CPTS. (46)

Plusieurs EMG ont insisté sur le facteur protecteur d'un exercice de groupe, contre le risque de burn out et de suicide chez les soignants, et notamment les médecins. En 2019, dans une méta-analyse portant sur 37 études et plus de 15 000 médecins toutes spécialités confondues, 49 % d'entre eux se déclaraient en épuisement professionnel (47). Ce qui correspond avec les chiffres présentés en 2018 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans l'enquête « La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique » (48). Les futurs médecins généralistes prônent une meilleure qualité de vie, professionnelle et personnelle. Leurs critères d'installation prenant en compte le conjoint, et donnant priorité à la famille, sont comparables avec les résultats d'une enquête publiée en 2021 (49). Elle a été menée auprès des internes spécialisés en médecine générale sur leur projection des choix d'exercice et d'implantation géographique en région CVL. Une enquête de la Fédération URPS, sur la qualité de vie au travail (QVT) chez les professionnels de santé en région CVL, est également en cours d'élaboration, et sera très prochainement présentée.

Les EMG plébiscitent les bénéfices de l'exercice coordonné sur leurs conditions de travail et l'amélioration des soins prodigués au patient principalement grâce à leur expérience positive en MSP.

II. 2 Les représentations des EMG sur les CPTS

➤ Comparaison MSP/CPTS

Les MSP correspondent à la forme d'exercice coordonné la plus expérimentée par les EMG en France comme l'illustre notre étude où l'ensemble des EMG ont effectué un stage en MSP et même plusieurs pour certains. Ce qui peut s'expliquer par un plus grand nombre de MSU exerçant en MSP. Les MSP s'étant développé de manière exponentielle ces dix dernières années avec un nombre de MSP opérationnelles passant de 174 en 2012 à plus de 2251 lors du dernier recensement en janvier 2023 (24). De nombreuses études confirment l'attractivité des futurs médecins généralistes pour l'exercice en MSP. (42)(43)

Les MSP représentent aux yeux des EMG, un modèle d'exercice coordonné. La plupart des EMG de notre étude étaient en d'ailleurs en stage au sein d'une MSP, lors de leur découverte des CPTS sur le terrain. Ces deux points ont concouru à un amalgame chez les EMG entre MSP et CPTS. Car ils ont comparé les CPTS à leur référence connue, c'est-à-dire les MSP. Leur représentations des CPTS par le prisme des MSP, leur a fait identifier un certain nombre de points communs, tant sur le plan des avantages que des inconvénients, avec le même objectif d'une meilleure structuration des soins primaires. La confusion entre ces deux formes d'organisation est renforcée par la caractère abstrait des CPTS, dont « les murs » ne sont pas visibles par les EMG. Certains EMG pensent à tort ne pas avoir réellement fait de stage au sein d'une CPTS. Ils se sont d'avantage identifiés à la structure familière des MSP, même si plusieurs ont constaté que certaines SP atteignent leurs limites, et que ce sont justement les membres des MSP qui sont moteurs au sein des CPTS. Cet effet doublon entre les MSP et les CPTS a déjà été mis en évidence lors d'une étude, réalisé en 2020 en région CVL sur « les freins à l'investissement des médecins généralistes au sein de la Communauté professionnelle territoriale de santé orléanaise ». (50)

➤ Freins et interrogations vis-à-vis des CPTS

Les avantages des CPTS perçus par les EMG se heurtent aux limites de la coordination et de la pluriprofessionnalité à grande échelle. Pour une majeure partie des EMG, les inconvénients comme l'administratif, l'investissement, les réunions, les conflits relationnels sont accrus par la taille et les effectifs des CPTS. Les EMG ont remarqué que le dynamisme d'une CPTS dépend entièrement des membres qui la composent. Des questionnements persistent, sur le rôle joué par les tutelles ARS/CPAM dans le fonctionnement et le financement des CPTS. Ce qui correspond aux freins reconnus dans les précédentes études portant sur le sujet des CPTS. On peut citer l'étude sur « les représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en Communauté professionnelle territoriales de santé » présentée en 2021, et dont le critère d'inclusion était un exercice en MSP précédent l'exercice en CPTS (40). Plusieurs autres études ont été réalisées (50)(51)(52)(53). Une des plus récentes, s'intéresse aux « freins et motivations des professionnels de santé libéraux à s'impliquer dans la communauté professionnelle territoriale de santé Asclépios », et a également été présentée en 2021 (51). Les EMG ont donc identifié la plupart des freins inhérents aux CPTS, et décrits par les professionnels de santé, dont les médecins généralistes, à travers les études précitées.

Les CPTS ont été mentionnées dans l'actualité de ces derniers mois, et font l'objet de débats entre les professionnels de santé, dans un contexte de différents projet de loi (PPL) (54)(55)(56)(57), visant à améliorer l'accès aux soins et proposant plusieurs mesures concernant les CPTS. Ces propositions font polémique auprès des professionnels de santé, qu'ils soient membres ou non d'une CPTS.

Ces projets de réforme ont été abordés par les EMG, qui ne savent pas comment se positionner du fait de leur manque de maîtrise, à la fois du cadre législatif et des CPTS elles-mêmes. L'image des EMG sur les CPTS a pu être impactée. La période de recrutement de l'étude correspondant à la discussion à l'Assemblée de ces PPL, cela a pu également exercer une influence sur les EMG volontaires pour participer aux entretiens.

Plusieurs des freins et interrogations des EMG reposent sur une méconnaissance des CPTS.

➤ Attractivité des CPTS

Les EMG comparent également les bénéfices des CPTS, qu'ils trouvent supérieurs aux MSP à différents niveaux : une communauté regroupant l'ensemble des professionnels du territoire parfois très vaste, réseau de communication numérique, parcours du patient amélioré à l'échelle du territoire, ... Certains EMG ont perçu l'objectif des CPTS sur la prise en charge globale d'une population et pas seulement d'une patientèle. Ces points positifs ressortent également des études précédemment citées, qui explorent les « attentes », « les motivations », ou encore les « leviers » des professionnels de santé et/ou médecins généralistes, sur leur représentation et participation aux actions des CPTS (51).

Les EMG ont conscience du contexte sanitaire, dans lequel ils vont commencer leur carrière professionnelle. Ils apprécient le potentiel novateur et prometteur des CPTS pour faire face aux différentes problématiques médicales. Ils ont constaté sur le terrain et parfois, ont même participé aux solutions concrètes déployées par les CPTS : la gestion des SNP, de la crise COVID-19, les politiques de prévention et promotion de la santé pour lutter contre les maladies chroniques, la co-construction du lien ville/hôpital. Ce dernier est un thème récurrent dans notre étude. Les EMG rappellent que la majorité de leur formation reste hospitalière. Certains considèrent leur externat comme une première expérience à la pluriprofessionnalité, et la majorité voit un continuum de l'exercice hospitalier vers l'ambulatoire. Ils reconnaissent toutefois, d'importantes difficultés de communication avec leurs confrères hospitaliers, et les obstacles à l'adressage dans les services (standard téléphonique, passage imposé par le service d'accueil des urgences...) comme lors de la sortie d'hospitalisation. Ces conséquences de la crise de l'hôpital public, sont aussi les raisons motivant la mise en place du « virage ambulatoire » prévu dans le plan « Ma santé 2022 » (11). Le haut conseil de santé publique (HCSP) dans son rapport de 2021 sur le « virage ambulatoire : un déploiement sécurisé » (58), préconise entre autres, de développer la coordination territoriale entre les CPTS, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), DAC et le futur guichet unique patient. Confirmant ainsi la perception des EMG sur la capacité des CPTS à être un interlocuteur de taille face à l'hôpital.

Au cours de notre étude l'ensemble des EMG ont rapporté un très grand nombre d'actions concrètes mises en place par les CPTS. Hors dans la littérature, l'ensemble des thèses précitées (40)(50)(51)(52)(53), concluent à un manque de visibilité par les professionnels, des retombées efficaces sur leur pratique, ou pour la population du territoire. La plus récente de ces études, a été réalisée en région CVL et présentée en juin 2021, soit près de deux ans après la réalisation de nos entretiens. On peut supposer du fait du déploiement des CPTS dans la région CVL, que le nombre croissant de CPTS ayant signé le contrat ACI-CPTS, avec la CPAM et l'ARS, a permis ce constat.

En effet sans l'obtention de l'ACI, les CPTS ne reçoivent pas de financement, et n'ont donc pas les moyens de réaliser leurs projets de santé. Ainsi un nombre plus important de CPTS avec contrat ACI-CPTS signé, a permis aux EMG de découvrir tout le champ d'action des CPTS, pour répondre aux besoins de santé sur leur territoire : allaitement maternel et troubles de l'oralité, prévention des écrans, dépistage BPCO, activité physique adaptée (APA), dépistage du cancer colo-rectal, filière endométriose, parcours obésité, planning astreinte de kinésithérapie respiratoire pour les bébés lors des épidémies de bronchiolite, ...

Cela reste une hypothèse, car le tout récent rapport « tour des France des CPTS » publié en juin 2023 (12), n'a pas validé son objectif de mesurer l'efficacité de leurs actions. En effet, la majorité des CPTS ayant une existence au stade opérationnel (contrat ACI-CPTS signé) inférieure à trois ans, les indicateurs de résultats de l'Assurance Maladie n'ont pas pu être utilisés pour évaluer correctement, l'apport des CPTS dans leur territoire ; seules quelques actions ont été étudiées de façon observationnelle.

A noter le nombre limité d'études portant sur les CPTS, dans nos recherches bibliographiques, du fait de leur existence encore relativement récente. Mais de plus en plus de thèse d'exercice de Médecine Générale s'intéressent aux CPTS, ce qui renforce nos résultats concernant le réel intérêt des futurs médecins généralistes sur les CPTS.

Enfin, les EMG sont majoritairement favorables à un exercice en CPTS lors de leur pratique future. Certains ayant intégré les CPTS dans leurs critères d'installation.

II.3. La formation des EMG sur l'exercice coordonné et les CPTS

Comme nous l'avons exposé, il n'y a pas d'enseignement facultaire à Tours pour les EMG concernant l'exercice coordonné ou les CPTS. Et nous avons également évoqué la méconnaissance des futurs médecins généralistes sur ces sujets.

➤ Sur le plan de la théorie

Les étudiants découvrent fortuitement ces notions au gré des stages, des échanges avec d'autres EMG parfois au cours de GEAP, de revues médicales... Aucun étudiant n'a trouvé de source officielle d'informations, lors de recherches sur internet. Pourtant, il existe plusieurs sites internet créés spécialement à l'intention des professionnels de santé de la région CVL, comme le site des ESP de la région CVL : « <https://www.esp-cvl.org> » (14), qui présente de manière claire les différentes formes d'exercice coordonné, et donne les coordonnées pour chaque structure, afin de prendre contact ou s'informer d'avantage. Les ESP-CVL ainsi que les ESP CLAP (coordonnée localement autour du patient) de la région Pays-de-la-Loire, sont des dispositifs innovants, dont le processus expérimental a été lancé en mars 2018. Ils répondent à une volonté des professionnels, d'une coordination sous une forme plus souple (59). Un EMG de l'étude a évoqué son intérêt pour cette alternative aux MSP et CPTS. Pourtant, les ESP peuvent justement devenir de véritables leviers pour les CPTS. Il existe aussi une plaquette d'information créée par la Fédération des URPS « tout savoir sur l'exercice coordonné en région Centre-Val de Loire » (60), présentant également les informations clés sur l'exercice coordonné, tout comme les coordonnées pour prendre contact.

Concernant les CPTS, de plus en plus de CPTS développent chacune leur propre site internet à destination des professionnels de santé mais également de la population. Pour la région CVL, le site officiel est celui des CPTS de la région CVL : « <https://www.cpts-centrevaldeloire.fr> » (23).

Il contient des fiches pratiques notamment les documents de la boîte à outils dans l'onglet « les CPTS en pratique » et encore une fois les coordonnées pour pouvoir les contacter.

De plus, les tutelles comme L'ARS et l'Assurance Maladie, signataires du contrat ACI tripartite, présentent également les CPTS sur leur site internet, ainsi que les différentes formes d'exercice coordonné. (13)(14)

➤ Sur le plan de la pratique

Comme nous l'avons vu, tous les EMG n'ont pas l'opportunité de réaliser un stage au sein d'une CPTS. Les stages n'étant pas fléchés lors des choix, les EMG font eux-mêmes leurs recherches sur la localisation, et la nature des terrains de stage, dans le court délai entre la publication de la liste des terrains de stage et le jour des choix. Ils découvrent de façon fortuite l'exercice en CPTS.

Nous avons essayé de recenser le nombre de MSU de la région CVL exerçant au sein d'une CPTS. Mais cela s'est avéré impossible logistiquement dans les délais de notre étude. Cependant, comme nous l'avons vu, le nombre croissant d'EMG réalisant un stage en MSP est encourageant sur la formation pratique à l'exercice coordonné, et semble en hausse par rapport aux chiffres avancés par l'étude sur « la formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en troisième cycle : un état des lieux en France » (31). En 2018, la réalisation des stages ambulatoires au sein d'une structure pluriprofessionnelle ne concernait qu'entre 0 et 25% des 22 DUMG sur 35.

Pour les EMG ayant eu l'opportunité d'expérimenter les CPTS, les connaissances restent lacunaires. En effet, les EMG sont sous l'influence et la dépendance du MSU, concernant le partage d'informations sur les CPTS. Deux études qualitatives s'intéressant aux perceptions de la maîtrise de stage en Médecine Générale, relevaient déjà en 2012 et 2015, un certain nombre de freins (61)(62). Les médecins, déjà MSU ou non, exprimaient des craintes sur leur aptitude à transmettre les informations, à bien s'entendre avec leur étudiant, et sur l'éventuel jugement de leur pratique et de leurs connaissances, par les étudiants. Ils émettaient des doutes sur l'acquisition d'une nouvelle compétence en pédagogie. En effet, les MSU doivent réaliser des formations pédagogiques pour obtenir l'agrément de maîtrise de stage. Il s'agit de Séminaires de formation DPC qui se déroulent sur deux jours. Leur liste est présentée sur le site du CNGE (63) :

- S1 Initiation à la maîtrise de stage
- S2 encadrement des externes en MG
- S3 Supervision directe en maîtrise de stage
- S4 Supervision indirecte en maîtrise de stage
- S5 Formation à l'accueil d'interne en SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)
- Puis certification, tutorat...

Au DUMG Tours, et selon les documents accessibles sur le site de l'ARS CVL, il est nécessaire d'avoir suivi le séminaire S1 pour devenir MSU en niveau 1, et S1+S4 ou S1+S5 pour devenir MSU en SASPAS ou pour le stage mères-enfants ambulatoire (64)(65). Ainsi, le manque de communication rapporté par les EMG de l'étude, n'est peut-être pas uniquement lié au contenu des formations pour les MSU, mais d'avantage au MSU lui-même : à sa propre personnalité, sa propre expérience professionnelle et personnelle et ses propres contraintes et difficultés. Il faut donc encourager les médecins généralistes à s'engager dans la formation des EMG, et les accompagner dans le perfectionnement de leurs techniques de communication.

De plus les EMG ont également rapporté des durées de stages trop courtes, notamment en stage ambulatoire, pour mettre en pratique ce qu'ils avaient découverts tardivement, comme des protocoles de CPTS ayant pu servir dans leur pratique. Les EMG réclament depuis longtemps et bien avant la réforme du troisième cycle des études médicales en 2017 (37), un plus grand nombre de stages ambulatoires. Selon cette enquête de l'ISNAR IMG réalisée en 2013 (66), les internes souhaitaient au minimum trois stages ambulatoires, soit la moitié de l'internat, afin d'appréhender au mieux toute la richesse de leur futur métier. Déjà à l'époque, les internes de médecine générale n'étaient pas favorables à une quatrième année d'internat. Il leur paraissait essentiel d'optimiser la formation, dispensée aux cours de leurs trois années d'internat, avant d'envisager toute augmentation de la durée des études.

Malgré une mobilisation des étudiants en 2022, la quatrième année d'internat en médecine générale a été officialisée le 2 décembre 2022 par l'Assemblée nationale. Les modalités précises ont tardé à être publiées par un arrêté le 9 août 2023, dévoilant la nouvelle maquette du DES (67). Cette quatrième année s'intègre dans une nouvelle phase de l'internat, dite « phase de consolidation », déjà présente dans la maquette des autres spécialités depuis 2017. Elle se compose de deux semestres ambulatoires, ou hospitaliers par dérogation selon le projet professionnel. Le terrain de stage peut rester le même que celui du SASPAS et n'est pas imposé en zone sous-dense. La phase de consolidation s'appliquera dès la rentrée scolaire 2023 aux nouveaux internes de médecine générale.

Les EMG sont quasiment tous demandeur d'une formation commune et homogène, pour tous les internes. Ils ont été force de proposition, ce qui révèle un réel intérêt pour leur formation et pour les CPTS. Ils voudraient pouvoir expérimenter les CPTS, et ceux qui sont passés en stage le confirme, il faut être dans la CPTS pour comprendre au mieux la CPTS. Ils proposent une présentation théorique afin que chaque EMG connaisse au moins l'existence des CPTS. En effet, dans notre étude, certains EMG découvraient les CPTS en dernière année. Mais ils ne sont pas d'accord sur la personne en charge de la formation, ni sur le moment opportun. La majorité semble préférer une présentation par la CPTS elle-même, et à la fin de l'internat, quand les EMG commencent à se projeter concrètement sur leur avenir professionnel.

Quelques EMG rapportent cependant, un manque de disponibilité au cours de l'internat, du fait d'un planning chargé, des distances importantes entre leur domicile et leurs différents terrains de stage, et du fait de la priorité donnée à la préparation de leur DES et de leur thèse.

Dans notre étude, la majorité des EMG ont terminé les stages de l'internat, et sont inscrits en année de thèse à la Faculté de Médecine. Deux d'entre eux ont signé un contrat d'adjoint dans une MSP, dont l'une est membre d'une CPTS. Ce contrat d'adjoint (adjuvat) a été créé par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 (11). Il permet à un interne en médecine d'exercer comme adjoint d'un médecin, en cas d'afflux exceptionnel de population, sous certaines conditions, ce qui concerne dorénavant une très grande majorité du territoire. L'adjuvat, comme les EMG de l'étude l'ont évoqué, permet une découverte de l'exercice de manière rassurante et sécurisée, grâce à l'organisation déjà mis en place par le médecin, et la communication permanente avec lui. Le rôle de médecin adjoint, permet de se familiariser progressivement et efficacement à l'exercice coordonné en MSP et/ou CPTS. Malheureusement, l'adjuvat souffre d'un manque de visibilité auprès des internes de Médecine Générale. (68)

III. Forces et limites de l'étude

III.1 Les forces

➤ Sujet de l'étude :

A notre connaissance aucune autre étude ne s'est intéressée au point de vue des EMG sur les CPTS. Et le sujet des CPTS est original en soi, car il a fait l'objet de peu de recherches jusqu'à présent, ce qui participe à l'intérêt de notre travail de thèse.

➤ Analyse qualitative :

Le choix de la méthode d'analyse qualitative se justifie en raison de la nature de la question de recherche. Le but étant de recueillir les représentations des EMG. L'analyse qualitative permet de se laisser guider par les perceptions, les visions, les ressentis des participants. Dans notre étude, les entretiens semi-dirigés ont permis de poser un cadre grâce au guide d'entretien, tout en laissant le champ libre aux participants, afin qu'ils puissent s'exprimer. L'émergence de nouvelles idées, non anticipées au début de l'étude, ont ainsi enrichi notre travail de recherche.

➤ Statut de la chercheuse

Le statut de la chercheuse était similaire dans cette étude au statut des participants. Ce qui a limité la réserve des participants, et a favorisé une libération de la parole dans les entretiens, entraînant parfois un langage vulgaire, mais révélateur d'un échange pur, sans filtre.

➤ Double codage

La chercheuse étant novice en matière de recherche qualitative, elle a bénéficié de l'aide d'une doctorante en sociologie pour un codage comparatif des deux premiers entretiens afin de renforcer l'objectivité de l'analyse.

III.2. Les limites

➤ Biais de sélection/ biais de volontariat

Les difficultés rencontrées lors du recrutement initial par mail, l'utilisation du réseau social Facebook®, le profil majoritaire des étudiants volontaires, en année de thèse, peuvent constituer un biais de sélection et de volontariat.

➤ Biais de représentation

Nous avons choisi en cours de réalisation des entretiens, de nous concentrer, sur les internes en fin de cursus et les étudiants en post DES/ année de thèse. Ainsi, notre étude porte peut-être sur un échantillon trop restrictif, pour que les résultats puissent être généralisés à l'ensemble des EMG de la Faculté de Médecine de Tours, notamment aux représentations des internes en première année d'internat.

➤ Biais de d'enquêteur et de subjectivité

Le déroulement des entretiens a pu être impacté sur plusieurs plans. Tout d'abord par son mode distancié qui a pu créer une barrière virtuelle entre la chercheuse et les participants, notamment par des coupures impromptues ou une mauvaise qualité d'image. Malgré un entraînement de la chercheuse sur les techniques de relances, de pause active, etc... l'attitude, les intonations, ou les reformulations trop longues de la chercheuse, ont pu influencer le discours des participants.

➤ Chercheuse novice

Le statut novice de la chercheuse a pu aussi affecter le bon déroulé de l'analyse des verbatims, l'identification des propriétés et des catégories, ainsi que l'élaboration de la théorie.

IV. Perspectives

La vision des EMG sur les CPTS bien que majoritairement positive, reste contrastée et confuse. Cela s'explique par la complexité intrinsèque des CPTS mais aussi par le défaut d'information et de formation.

Les futurs professionnels de santé pourraient être mieux formés à l'exercice coordonné. Des enseignements théoriques et pratiques commencent seulement à être mis en place dans les cursus des différentes filières médicales et paramédicales. L'exercice coordonné pourrait être enseigné dès le début des études. D'autres mesures pourraient être prises concernant le troisième cycle des études médicales.

Pour mieux faire connaître les CPTS aux EMG il faudrait augmenter la possibilité de l'expérimenter en stage. Ce qui pourrait être le cas, avec la modification de la maquette du DES de médecine générale. La phase de consolidation, ou quatrième année d'internat, rentrant en vigueur cette année, à la rentrée 2023/2024. Le nombre de MSU exerçant au sein d'une CPTS serait également à renforcer.

Quant aux EMG ayant l'opportunité d'expérimenter les CPTS au cours d'un stage, ils doivent recevoir une meilleure présentation et information par leur MSU. Une méconnaissance des CPTS par certains MSU, ainsi qu'un manque de compétence ou d'appétence en termes de communication, limitent ce partage de savoir. Ces deux points pourraient être améliorés par les MSU eux-mêmes, et par les formations à la maîtrise de stage mis en place par le DUMG de Tours.

En attendant que la formation s'améliore sur le plan pratique, une formation théorique pourrait être mise en place. Il serait intéressant que le DUMG de Tours comme d'autres DMG de France prennent l'exemple du DMG de Nantes qui a intégré depuis la rentrée universitaire 2021/2022 une formation à l'exercice coordonné dans son programme d'enseignement du troisième cycle d'études médicales.

Il faudrait une meilleure visibilité des sources d'informations officielles sur les CPTS en région CVL, peut-être mettre sur le site de la Faculté de Médecine ou du DUMG de Tours un lien avec les sites existants (cpts-centrevaldeloire, esp-cvl, urpsml-centre, centre-val-de-loire.paps) ou même de créer une page d'information.

La présentation théorique pourrait aussi prendre la forme d'une soirée d'accueil, organisée en début de semestre par chaque CPTS, pour tous les internes, en stage hospitalier ou ambulatoire, sur son territoire. Cette présentation présente plusieurs intérêts :

- Propice à la région Centre-Val de Loire grâce au maillage des CPTS sur presque 98% du territoire
- Six chances pour chaque EMG de découvrir et comprendre les CPTS au cours de l'internat
- Intégrer les EMG hospitaliers dans la démarche afin de renforcer les liens professionnels ville/hôpital
- Faire connaître le principe des CPTS mais également faire connaître les professionnels de santé du secteur aux EMG pour la suite du stage
- Déjà mis en place par certaines CPTS de la région CVL

En effet cette présentation par les CPTS elles-mêmes, répond à l'une de leurs missions optionnelles concernant l'accompagnement des professionnels sur le territoire, par exemple en renforçant l'attractivité du territoire, en facilitant l'accueil des stagiaires et l'installation des jeunes et nouveaux professionnels. Ce qui est également le cas avec le contrat d'adjoint insuffisamment connu des internes de médecine générale.

L'enseignement du troisième cycle des études de médecine générale doit s'adapter au besoin de formation théorique et pratique des EMG sur l'exercice coordonné. Dans l'intervalle nécessaire, cette perspective de présentation de l'exercice coordonné au EMG par les CPTS elles-mêmes, est donc à la fois faisable et pertinente. Elle mériterait d'être généralisée à l'ensemble des CPTS de la région CVL.

Notre travail de recherche pourrait être complété ultérieurement par une nouvelle étude qualitative, intégrant cette fois-ci l'ensemble des étudiants de Médecine Générale dès la première année d'internat, avec une prise en compte des retombées de la quatrième année d'internat et des formations à l'exercice coordonné mises en place dès le deuxième cycle d'études médicales comme le service sanitaire.

Conclusion

L'exercice coordonné de la médecine ambulatoire se révèle de plus en plus indispensable dans un contexte sanitaire qui se détériore. Les étudiants de médecine générale sont les représentants d'une nouvelle génération, pour laquelle la pluriprofessionnalité est une évidence. Leur cursus se transforme, et commence à intégrer timidement, l'interprofessionnalité et les pratiques collaboratives, dans son enseignement. Il faudrait inclure la formation sur l'exercice coordonné dès le début des études et dans toutes les filières médicales et paramédicales.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles, sont considérées par les étudiants de médecine générale comme un modèle de référence en matière d'exercice coordonné. Leurs représentations de l'exercice coordonné au sein d'une CPTS, dévoilent une organisation complexe, difficile à définir et à visualiser, mais offrant indéniablement, un potentiel novateur et prometteur, pour lutter contre les problématiques médicales actuelles. Les étudiants de médecine générale, reconnaissent les bénéfices sur leur pratique et leur bien-être professionnel, ainsi que sur la santé d'une population, à l'échelle d'un territoire. Ils restent méfiants vis-à-vis des contraintes administratives, relationnelles et politiques. Ils s'interrogent sur l'implication de l'ARS et de la CPAM dans le fonctionnement des CPTS et sur le caractère unique de celles-ci, puisque chaque CPTS dépend entièrement des professionnels qui la composent. Les actions concrètes des CPTS en région Centre-Val de Loire semblent de plus en plus visibles, notamment par les étudiants de Médecine Générale.

La vision contrastée et confuse des étudiants résulte d'un manque de formation et d'information organisées au cours de leurs études. Les CPTS souffrent d'un manque de visibilité concernant leurs sources d'informations officielles, pourtant existantes, qu'il faudrait davantage mettre en avant. Les étudiants de médecine générale sont demandeurs et force de proposition quant à leur formation sur l'exercice coordonné au sein d'une CPTS. Il faudrait offrir à tous les étudiants l'opportunité d'expérimenter les CPTS au cours d'un stage, et améliorer la qualité des informations transmises par le maître de stage. Dans l'intervalle nécessaire à la mise en place de telles mesures, un accueil et une présentation par les CPTS elles-mêmes est une perspective sérieuse à explorer.

Une meilleure formation des étudiants de Médecine Générale sur l'exercice coordonné permettrait de lever leurs doutes et de renforcer leurs motivations à exercer en CPTS. Car, pour tous les professionnels de santé comme pour la population, les CPTS constituent l'opportunité d'améliorer le système de soins.

« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. » H. Ford

Bibliographie

- 1- INSEE. Bilan démographique 2022. Insee première n°1935. Janvier 2023. (Consulté le 16/09/2022). Disponible sur : [Bilan démographique 2022 - Insee Première - 1935](#)
- 2- DREES. Les dossiers de la DREES. L'état de santé de la population en France. Septembre 2022. (Consulté le 20/09/2023). Disponible sur : [L'état de santé de la population en France \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)
- 3- OMS. Thèmes de santé-Maladies non transmissibles-Principaux repères. Septembre 2023. (Consulté le 20/09/2023). Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- 4- CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2022. (Consulté le 16/09/2023). Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
- 5- Académie Nationale de Médecine. Rapport, Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France Etats des lieux et propositions concrètes. Avril 2023. (Consulté le 16/09/2023). Disponible sur : [Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf \(academie-medecine.fr\)](#)
- 6- CALVEZ C. Dossier documentaire. Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination. Service documentation EHESP. Février 2023. (Consulté le 19/09/2023). Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/ajax.php?module=cms&categ=document&action=render&id=786>
- 7- LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158>
- 8- LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1). Modifié par la LOI n°2022 du 14 mars 2022. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000045355399
- 9- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) n°0167. 22 janvier 2009. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>
- 10- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) n°0022. 27 janvier 2016. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
- 11- LOI n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; Loi Ma Santé 2022 projet de loi, du 24 juillet 2019. Légifrance, Ministère des Solidarités et de la Santé. (Consulté le 18/09/2023) disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>
- 12- CERTAIN MH, LAUTMAN A, GILARDI H. Rapport « Tour de France des CPTS ». Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Ministère de la Santé et de la Prévention. 28 juin 2023. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf
- 13- ARS. PAPS. Portail D'Accompagnement des Professionnels de Santé-Centre-Val de Loire. Médecin. L'exercice coordonné. (Consulté le 05/09/2023). Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.paps.sante.fr/lexercice-coordonne-57?rubrique=8998>

- 14- Equipes de soins primaires en Centre Val-de-Loire. ESP-CVL. Exercice coordonné. (Consulté le 05/09/2023). Disponible sur : <https://www.esp-cvl.org/l-exercice-coordonne>
- 15- Assurance Maladie. Professionnels de Santé. Exercice professionnel. Exercice coordonné. Constitution d'une CPTS. (Consulté le 05/09/2023). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
- 16- Action de santé libérale en équipe. Asalée. (Consulté le 18/08/2023). Disponible sur : <http://asalee.org/>
- 17- Avis relatif à l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement des Communautés professionnelles territoriales de santé, signé le 20 décembre 2021, n°0076 du 31 mars 2022. (Consulté le 26/10/2022). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045443303>
- 18- Décret n° 2020-148 du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à l'article L. 4011-3 et à leur application au service de santé des armées, n°0045 du 21 février 2020. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041615826>
- 19- Arrêté du 9 mars 2023 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'Etat de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) », n°0062 du 14 mars 2023. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047305130>
- 20- ARS. Ile-de-France. Guide pour « Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Ile-de-France, guide pratique ». Octobre 2017. (Consulté le 20/01/2021). Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf>
- 21- Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019, n°0196 du 24 août 2019. (Consulté le 26/10/2022). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739>
- 22- URPS-ML. Centre-Val de Loire. Nos actions. Exercices coordonnés. CPTS-MSP-ESP-DAC. (Consulté le 13/09/2023). Disponible sur : <https://urpsml-centre.org/nos-actions/exercices-coordonnes/cpts/>
- 23- CPTS Centre-Val de Loire. Les CPTS en pratique. Boite à outils. Fiche n°1 : présentation de la démarche CPTS. (Consulté le 31/03/2021). Disponible sur : <https://www.cpts-centrevaldeloire.fr/sites/default/files/media/document/2019-02/Fiche%20-%20Pr%C3%A9sentation%20de%20la%20d%C3%A9marche%20CPTS.pdf>
- 24- Ministère de la Santé et de la Prévention. Système de santé. Structures de soins. Les maisons de santé. Juillet 2023. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
- 25- Avenir des équipes coordonnées. AVEC santé. Le mouvement AVEC santé. (Consulté le 11/01/2023). Disponible sur : <https://www.avecsante.fr/le-mouvement-avecsante/>
- 26- Fédération nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. FCPTS. Cartographies. Cartographie des CPTS en région. 30 septembre 2023. (Consulté le 11/10/2023). Disponible sur : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-regionale-des-cpts/>
- 27- Ministère de la Santé et de la Prévention. Système de santé. Structures de soins. Les communautés professionnelles territoriales de santé. L'atlas des CPTS. Avril 2023. (Consulté le 18/09/2023). Disponible

sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts>

- 28- Ministère de la Santé et de la Prévention. « Plan 100% CPTS ». 28 juin 2023. (Consulté le 15/09/2023). Disponible sur : <https://www.fcpts.org/wp-content/uploads/2023/09/PLAN-CPTS.pdf>
- 29- ROGEZ R. BOUYGARD A. « Exercice coordonné sur un territoire : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) », Actualité et dossier en Santé Publique (ADSP) n° 107, Juin 2019/6, p.38-41. (Consulté le 18/09/2023).
- 30- WHO. WHO : Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO. i.e. OMS : Plan d'action pour l'éducation interprofessionnelle et les pratiques collaboratives. 2010. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- 31- DE BREMONT D'ARS P. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en troisième cycle : un état des lieux en France. [Thèse de doctorat]. [Créteil]: Université Est Créteil; 2018. (Consulté le 29/09/2022). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418212/document>
- 32- Arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. n°0217 du 17 septembre 2021. (Consulté le 21/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053615>
- 33- Département de Médecine Générale. DMG de Nantes. Soins primaires. Pôle Fédératif des soins primaires. Octobre 2022. (Consulté le 22/09/2023). Disponible sur : <https://dmg.univ-nantes.fr/c/pole-federatif>
- 34- Département universitaire de Médecine Générale. DUMG de Tours. Les niveaux de compétence en Médecine Générale. (Consulté le 13/09/2023). Disponible sur : [les-niveaux-des-competences-en-mg_1602454618848-pdf \(univ-tours.fr\)](https://www.univ-tours.fr/medecine-generale/les-niveaux-des-competences-en-mg-1602454618848-pdf)
- 35- Département universitaire de Médecine Générale. DUMG de Tours DES et stages. Enseignement. Présentation des enseignements. Des enseignements partagés avec d'autres disciplines. (Consulté le 13/09/2023). Disponibles sur : <https://dumg.univ-tours.fr/presentation-des-enseignements>
- 36- Département universitaire de Médecine Générale. DUMG de Tours. Recherche. Equipe EES, Education Ethique Santé. (Consulté le 13/09/2023). Disponibles sur : <https://education-ethique-sante.univ-tours.fr/>
- 37- Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. n°0100 du 28 avril 2017. (Consulté le 29/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>
- 38- Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé. N°0134 du 13 juin 2018. (Consulté le 29/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037051110>
- 39- FAUSSAT C. Impact de la mise en place du service sanitaire sur les représentations que les étudiants en médecine de la faculté de Tours ont de la Prévention en santé. [Thèse doctorat] [Tours]. Faculté de Médecine de Tours. 2021. (Consulté le 11/01/2023). Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2021_Medecine_FaussatCathie.pdf

- 40- VALTCHEVA A. Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en communauté professionnelle territoriale de santé. [Thèse de doctorat]. [Nice]. Faculté de Médecine de Nice. 2021. (Consulté le 06/09/2023). Disponible sur : [Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en communauté professionnelle territoriale de santé \(cnrs.fr\)](#)
- 41- LEBEAU JP, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER JS, GILLE DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, PELTIER A. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. GROUMF. Global média santé & CNGE. 2021.
- 42- TEXIER H. Étude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluri-professionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. [Thèse doctorat]. [Bordeaux]. Faculté de Médecine Bordeaux. Décembre 2013. (Consulté le 06/10/2023). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00954606/document>
- 43- 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 doctorat]. [Lille] 2018. (Consulté le 06/10/2023). Disponible sur : https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2018/11/181025_these_MSP_jeunes_MG.pdf
- 44- PILLOT F. Analyse de la « relation, communication et approche centrée patient » au sein des portfolios des internes de Médecine Générale : promotion 2017 de l'Université de Bordeaux. [Thèse doctorat]. [Bordeaux]. Faculté de Médecine de Bordeaux ; 2022. (Consulté le 09/10/2023). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03833924/document>
- 45- MELIOR S. Evaluation de la position des patients vis-à-vis de la décision médicale partagée selon le contexte clinique. [Thèse doctorat]. [Rouen]. Faculté de Médecine de Rouen ; 2016. (Consulté le 09/10/2023). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338018/document>
- 46- France Assos Santé. FAS. Note de position, audition CPTS : la position de France Assos Santé. Avril 2023. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2023/07/Audition-CPTS-la-position-de-France-Assos-Sante-Avril-2023.pdf>
- 47- KANSOUN Z, BOYER L, HODGKINSON M, VILLES V, LANCON C, FOND G. Burnout in French physicians : a systematic review and meta-analysis. Faculté de Médecine de Marseille. AP-HM. J Affect Disord. Décembre 2018. Elsevier B.V. All rights reserved. (Consulté le 18/09/2023).
- 48- Conseil National de l'Ordre des Médecins. La santé des médecins : un enjeux majeur de santé publique. Paris ; 2018. (Consulté le 18/09/2023). Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf
- 49- DAGOT C, FOUQUET JP, RUSCH E. Médecins généralistes en région Centre-Val de Loire et décisions d'installation en activité libérale. Enquête auprès des internes spécialisés en médecine générale sur leur projection des choix d'exercice et d'implantation géographique. Université de Tours- UMR 7324 CITERES-ETICS ; 2021. (Consulté le 16/03/2023). Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03178417>
- 50- NAVINEL M. Quels sont les freins à l'investissement des médecins généralistes au sein de la communauté professionnelle territoriale de santé Orléanaise. [Thèse de doctorat]. [Tours]. Faculté de Médecine de Tours ; 2020. (Consulté le 29/09/2022). Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2020_Medecine_NavinelMarie.pdf

- 51- PECHON A. Freins et motivations des professionnels de santé libéraux à s'impliquer dans la communauté professionnelle territoriale de santé ASCLEPIOS. [Thèse de doctorat]. [Tours]. Faculté de Médecine de Tours; 2021. (Consulté le 29/09/2022). Disponible sur : http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2021_Medecine_PechonAriane.pdf
- 52- NASSIF S. Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. [Thèse doctorat]. [Créteil]. Faculté de Médecine Créteil Est; 2021. (Consulté le 31/03/2021). Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03392271/document>
- 53- KHADEMI KOHNEHSHAHRI H. Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) [thèse de doctorat]. [Créteil]: Université Est Créteil; 2021. (Consulté le 31/03/2021).
- 54- Proposition de loi PPL n°741 contre les déserts médicaux, d'initiative transpartisane. Présentée à l'Assemblée Nationale le 17 janvier 2023. (Consulté le 06/09/2023). Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0741_proposition-loi#
- 55- Proposition de loi PPL n°1175 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Présentée à l'Assemblée Nationale le 28 avril 2023. (Consulté le 06/09/2023). Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1175_proposition-loi#
- 56- Proposition de loi PPL n°362 portant l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance des professionnels aux santé. Présentée le 18 octobre 2022. (Consulté le 06/09/2023). Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0362_proposition-loi#
- 57- LOI n°2023-379 du 19 mai 2023 portant l'amélioration de l'accès aux soins par la confiance des professionnels aux santé. n°0116 . 20 mai 2023. (Consulté le 06/09/2023). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>
- 58- HCSP. Haut Conseil de Santé Publique. Avis et rapport. Virage ambulatoire : pour un développement sécurisé. Juin 2021. (Consulté le 06/10/2023). Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1078>
- 59- CPTS Centre- Val de Loire. Accompagnement et reconnaissance des ESP Retours d'expérience en Pays de la Loire et Centre-Val de Loire. (Consulté le 09/10/2023). Disponible sur : [Accompagnement et reconnaissance des ESP.pdf \(cpts-centrevaldeloire.fr\)](Accompagnement et reconnaissance des ESP.pdf (cpts-centrevaldeloire.fr))
- 60- URPS-ML. Centre-Val de Loire. Plaquette d'information sur l'exercice coordonné en région Centre-Val de Loire. (Consulté le 11/09/2023). Disponible sur : <https://urpsml-centre.org/wp-content/uploads/2022/09/PLAQUETTE-LEXERCICE-COORDONNE-EN-REGION-CVL.pdf>
- 61- VIVOT E-M. La maîtrise de stage en médecine générale : un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Mesure qualitative par « focus groupe » de l'impact du stagiaire sur l'exercice professionnel et la qualité de vie du médecin généraliste. [Thèse doctorat] [Nancy]. Faculté de médecine Nancy. 2012. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732114/document>
- 62- LEFEBVRE S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Etudes Médicales en 2014 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse doctorat]. [Nancy]. Faculté de médecine Nancy. 2015. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734150/document>
- 63- CNGE. Formation. Devenir Maître de Stage des universités. Mars 2012. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_formation/devenir_maitre_de_stage_des_universites/
- 64- Département universitaire de médecine générale de Tours. Devenir Maître de Stage Universitaire. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://dumg.univ-tours.fr/le-dumg/devenir-maitre-de-stage-universitaire>

- 65- ARS Centre Val-de-Loire. Professionnels et établissements. Formation, installation, exercice. Internat. Services agréés pour la formation pratique des internes. Juillet 2023. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/services-agrees-pour-la-formation-pratique-des-internes-0>
- 66- ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. 2013. (Consulté le 29/09/2022). Disponible sur : [Enquête sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale \(isnar-img.com\)](http://isnar-img.com)
- 67- Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. n°0183 du 9 août 2023. (Consulté le 9/10/23). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048>
- 68- MAGNES V. Généraliser le contrat d'adjoint aux internes : comparaison di niveau de satisfaction des patients entre une consultation réalisée par les internes en SASPAS et celle proposée par les médecins généralistes, dans une zone où l'offre de soins est insuffisante, en Charente-Maritime en 2018. [Thèse de doctorat]. [Poitiers]. Faculté de Médecine de Poitiers ; 2019. (Consulté le 03/10/2023). Disponible sur : [2f14a78f-470b-4795-a4a4-a30b212cf7bc \(univ-poitiers.fr\)](https://univ-poitiers.fr/2f14a78f-470b-4795-a4a4-a30b212cf7bc)

Annexe

GUIDE ENTRETIEN

➤ Présentation/ Recueil autorisation

Bonjour, comme tu le sais je m'appelle Victoria Lenoir, je suis en année de thèse et j'ai choisi comme sujet d'étude les représentations des étudiants de médecine générale sur l'exercice coordonné au sein d'une CPTS, c'est-à-dire d'une Communauté professionnelle territoriale de Santé.

C'est donc une étude qualitative, et nous allons réaliser ensemble aujourd'hui un entretien semi-dirigé. Avant de commencer je dois te dire que j'ai à côté de moi un dictaphone qui va enregistrer notre conversation. Je vais commencer par un court enregistrement audio à part, où tu vas me donner ton nom et ton prénom et dire si tu me donnes l'autorisation d'exploiter le contenu de notre conversation. Le reste de l'enregistrement sera complètement anonymisé et détruit à la fin de l'étude.

Vas-y je t'écoute... [1^{er} enregistrement]

D'accord maintenant on va pouvoir commencer l'entretien... [2^{ème} enregistrement...]

Comme je te le disais au préalable il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je cherche juste à recueillir ta vision concernant les CPTS.

Pour commencer je vais d'abord te poser quelques questions préliminaires

- sexe féminin/masculin
- tu as quel âge
- tu es de quel promo à l'ECN
- tu es en quel semestre
- tu as validé le niveau 1
- tu as validé le SASPAS

➤ Question brise-glace

Et maintenant est ce que tu peux m'en dire plus sur ton projet professionnel futur ? As-tu déjà en tête un mode d'exercice particulier ? As-tu déjà réfléchi à ce que tu feras après l'internat ?

➤ Exercice coordonné

-Que peux-tu me dire sur l'exercice coordonné en médecine générale ?

Eventuelles relances

-Quelle est la place de l'exercice coordonné en médecine générale ?

-Que penses-tu de l'exercice pluriprofessionnel ?

-Que peux-tu me dire sur ton expérience de l'exercice coordonné ?

-Que peux-tu me dire sur ta formation sur l'exercice coordonné au cours du cursus ?

➤ **Connaissances des CPTS**

-Et si on parle plus précisément des CPTS, que sais-tu à leur sujet ?

Eventuelles relances

-Comment as-tu découvert les CPTS (par qui, où)

-A quel moment du cursus ?

-C'est quoi pour toi une CPTS : définition, création, fonctionnement, missions...

➤ **Expérience des CPTS**

-As-tu déjà effectué un stage au sein d'une CPTS ?

➔ NON :

-Quelle image as-tu des CPTS ? (via médias, internes, médecins, ?)

-Quelle est selon toi la place des CPTS dans la médecine Générale aujourd'hui ?

⇒ Passer au petit 4

➔ OUI :

-Un ou plusieurs stages ?

-Comment décrirais-tu ton expérience ?

-Comment ton projet professionnel a-t-il changé après le stage ?

Eventuelles relances

-Que peux-tu me dire sur les avantages des CPTS

-Que peux-tu me dire sur les inconvénients des CPTS

-Quels sont les faits marquants de ton stage

➤ **Attentes des Internes, formation**

➔ Si a répondu NON au petit 3 : Aimerais tu avoir une expérience de l'exercice coordonné en CPTS ?

-Quels seraient selon toi les avantages à exercer en CPTS ? Les inconvénients ?

-Quelle est selon toi la place de l'exercice coordonné dans la formation universitaire ?

-Quelles seraient tes suggestions pour améliorer la place de l'exercice coordonné au cours du cursus ?

➤ **Remarques**

As-tu des questions ou des remarques supplémentaires sur les CPTS que nous n'avons pas abordé au cours de l'entretien ?

FIN enregistrement].

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a horizontal line extending to the right.

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

LENOIR Victoria

99 pages – 3 tableaux – 5 figures

Résumé :

LES REPRESENTATIONS DES ETUDIANTS DE MEDECINE GENERALE INSCRITS A LA FACULTE DE MEDECINE DE TOURS SUR L'EXERCICE COORDONNE AU SEIN D'UNE CPTS, COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE

INTRODUCTION : L'évolution de la Médecine Générale en libéral a favorisé l'essor d'un mode de pratique permettant une meilleure coordination entre les professionnels de santé. Cet exercice coordonné peut prendre plusieurs formes comme les MSP ou maisons de santé pluriprofessionnelles ou plus récemment les CPTS ou communautés professionnelles territoriales de santé. Ces formes d'exercice coordonné encore récentes ne font pas l'unanimité auprès des professionnels dont les médecins généralistes et ne font pas partie du programme d'enseignement de l'internat. Nous nous sommes donc questionnés sur la vision des futurs médecins généralistes.

MATERIEL ET METHODE : Une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé a été menée auprès de sept étudiants inscrits en DES de médecine générale ou année de thèse post DES à la Faculté de Médecine de Tours. Le recueil s'est déroulé entre mars et juin 2023. Les entretiens ont fait l'objet d'une retranscription puis d'une analyse inspirée de la théorisation ancrée.

RESULTATS : Les EMG ou étudiants de médecine générale montrent un intérêt manifeste pour l'exercice coordonné et notamment pour les MSP considérées comme un modèle de référence. Le mode de découverte hétérogène des CPTS induit une vision contrastée et confuse des CPTS, source de questionnements pour les EMG, qui perçoivent malgré tout le potentiel novateur des CPTS. La complexité perçue des CPTS est amplifiée par l'absence d'expérimentation. Les EMG sont demandeurs d'une formation plus uniforme au cours de l'internat.

DISCUSSION ET CONCLUSION : La génération à venir de médecins généralistes se montre plus réceptive à la CPTS que les médecins généralistes et autres professionnels de santé déjà installés. Cette différence peut s'expliquer par le développement de la pluriprofessionnalité et de l'exercice coordonné ces dernières décennies qui est jugé comme logique et indispensable par les EMG pour lutter contre les problématiques médicales actuelles. La CPTS est une organisation qui reste complexe. Une présentation uniforme des CPTS au cours de l'internat permettrait de présenter les CPTS à l'ensemble des EMG et rassurer les futurs médecins généralistes sur leurs questionnements. Cette présentation pourrait prendre la forme d'une journée d'accueil systématique des EMG à chaque début de semestre (ambulatoire ou hospitalier) au sein de la CPTS correspondant au terrain de stage.

Mots clés : Communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS, étudiants de médecine générale, internes de médecine générale, exercice coordonné

JURY :

Président : Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie-économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine - Tours

Membres :

Docteur Christophe RUIZ, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Pierre BIDAUT, Médecine Générale - Gien

Docteur Bertrand JOSEPH, Médecine Générale - Châteaudun

DATE DE SOUTENANCE : Le 15 novembre 2023