



HAL
open science

Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural : questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquête auprès des acteurs

Mayeul Merchier

► To cite this version:

Mayeul Merchier. Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural : questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquête auprès des acteurs. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02484366

HAL Id: dumas-02484366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484366v1>

Submitted on 19 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

MERCHIER Mayeul

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 2019

Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural : questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquête auprès des acteurs

Directeurs de thèse :

- Monsieur MARTY Laurent, Anthropologue, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame BŒUF-GIBOT Sylvaine, Docteur, Chargée d'enseignement, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
- Monsieur DE GARDELLE Guillaume, Docteur, St Pourçain sur Sioule

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
THÈSE D'EXERCICE

Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

MERCHIER Mayeul

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 2019

Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural : questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquête auprès des acteurs

Directeurs de thèse :

- Monsieur MARTY Laurent, Anthropologue, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame BŒUF-GIBOT Sylvaine, Docteur, Chargée d'enseignement, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

- Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
- Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférences des Universités, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand
- Monsieur DE GARDELLE Guillaume, Docteur, St Pourçain sur Sioule



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE**

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

**PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL**

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

**PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES**

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

**DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MÀLPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

**MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE**

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

Remerciements :

Je tiens à remercier :

-Sylvaine BŒUF-GIBOT médecin généraliste à Bellerive sur Allier, ancienne chef de clinique du département de médecine générale de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand, qui m'a encadré tout au long de cette thèse et qui m'a fait partager son expérience de la recherche qualitative. Qu'elle soit aussi remerciée pour sa gentillesse, sa disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements qu'elle m'a prodigués.

-Monsieur Laurent MARTY, anthropologue dans le domaine de la santé. Cette thèse est le fruit d'une réflexion que nous avons eue ensemble et c'est grâce à lui que j'ai compris l'importance d'un travail en lien avec mes aspirations.

-Les personnalités qui m'ont fait l'honneur de siéger au jury de cette thèse :

-Monsieur Gilles CLEMENT, Professeur à l'UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand,

-Monsieur Jeannot SCHMIDT, Professeur l'UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand,

-Madame Hélène VAILLANT-ROUSEL, Maître de Conférences à l'UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand,

-Monsieur Guillaume DEGARDEL, médecin généraliste à St Pourçain sur Sioule

Et aussi :

-Marie-Paule BERTHOMIER, ma tante qui a eu la gentillesse de retranscrire tous les enregistrements de mes entretiens et Jean-Pierre BERTHOMIER, mon oncle qui a eu la patience de relire l'intégralité de cette thèse.

- Antoine CONSTANT, mon compagnon qui m'a soutenu tout au long de ce travail et a su me donner des conseils judicieux pour terminer.

Enfin, je tiens à remercier tous les participants, qui ont répondu à mon questionnaire et en particulier les professionnels de santé du territoire du Bocage.

Table des matières :

Remerciements :	8
Liste des abréviations :	12
1. Introduction :	14
2. Méthode :	18
2.1 Choix de la méthode :	18
2.2 Grille d'entretien :	19
2.3 Recrutement :	19
2.4 Aspect éthique :	20
3. Résultats :	21
3.1 Bilan de la mise en place du collectif sur le Bocage :	21
3.1.1 Bilan des souhaits des professionnels et mise en place d'un lien interprofessionnel :	21
3.1.2 Resserrement des liens entre quelques professionnels motivés :	22
3.1.3 Amélioration du bien-être des professionnels et de la prise en charge des patients :	22
3.1.4 Complexification des parcours patients :	23
3.1.5 Parfois difficile relation entre les professionnels :	23
3.1.6 Notion de pôle de santé à différencier de la notion de MSP :	23
3.1.7 Arrivée d'un jeune médecin :	24
3.1.8 Dynamique de groupe :	24
3.1.9 Personne référente : leadership :	25
3.1.10 Rédaction du projet de santé :	25
3.1.11 Liens entre élus territoriaux et Collectif du Bocage :	26
3.1.12 Bilan des compétences et des méthodes mises en place par l'agent de développement territorial :	27
3.2 Vécu actuel sur le pôle de santé :	28
3.2.1 Essoufflement du réseau :	28
3.2.2 Utilité du pôle dans la pratique quotidienne pour les professionnels :	30
3.3 Projets d'avenir de ce Collectif et possibilités d'évolution vers une CPTS :	31
3.3.1 La mise en place d'un outil de communication et de partage de l'information médicale :	31
3.3.2 Nécessité d'un changement de point de vue, d'une vision centrée patientèle vers une vision territoriale de la santé :	31
3.3.3 L'histoire du territoire et les antécédents territoriaux :	32

3.3.4	Notion de diagnostic territorial :	32
3.3.5	Lien entre Contrat Local de Santé et organisation des professionnels de santé :	33
3.3.6	Attractivité du territoire :	34
3.3.7	La maîtrise de stage :	35
3.3.8	Nécessité d'une nouvelle évaluation des besoins et des ressources :	35
3.3.9	Spécificité de chaque structuration :	36
3.3.10	Labellisation des projets de CPTS par l'ARS, nécessité d'un modèle de co-construction adaptatif :	36
3.3.11	Engagement de l'ARS dans cette démarche, mais à la main des professionnels pour permettre un décloisonnement :	37
3.3.12	Territoire futur de la CPTS sur le Bocage :	38
3.3.13	La construction d'un territoire en santé passera également par le renforcement des liens avec les différents intervenants de la santé :	39
3.3.14	Amélioration de la prise en charge des patients :	40
3.4	Comparaison entre le pré-projet de CPTS du secteur voisin et le collectif du Bocage :	41
3.4.1	Bilan de leur organisation :	42
3.4.2	Utilité de la CPTS :	44
3.4.3	L'avenir de cette future CPTS :	44
3.5	Changement de culture :	45
3.6	Apport de la formation initiale :	45
4	Discussion	47
4.1	Impact du contexte politique et social du soin de premier recours en France sur les CPTS :	47
4.2	Changement de culture du soin :	48
4.3	Ouverture sur la prévention en santé territoriale :	49
4.4	Facteurs de réussite à la constitution d'une CPTS et liens avec les élus locaux :	50
4.5	Diagnostic territorial :	51
4.6	Indicateurs de santé sociale de l'Allier :	52
4.7	Nécessité d'un porteur de projet identifié :	52
4.8	Méthode d'animation utilisée :	53
4.9	Liens interprofessionnels : facteurs d'attractivité pour les professionnels de santé	54
4.10	Lien entre ESP et CPTS :	54
4.11	Limite et bénéfice de l'étude :	55
5	Conclusion :	56

Références bibliographiques :.....	58
Annexes :.....	62
Annexes 1 : Grille d'entretien :	62
Serment d'Hippocrate : Version du CNOM.....	63
Serment d'Hippocrate :	64

Liste des abréviations :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

AURA : Auvergne-Rhône-Alpes

BLA/ BXM/S/St.M/Y : nom anonymisé des communes du territoire de l'enquête

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CFPPA : Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie

CLS : Contrat Local de Santé

CNAM : Caisse National de l'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Directeur(trice) Générale des Services

ESP : Equipes de Soins Primaires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PFOSS : Plate-forme de l'Observation Sanitaire et Sociale

PIEROS : Portail de l'Observation Sanitaire, médico-sociale et sociale en Auvergne-Rhône-Alpes

RISP : Recherche Interventionnelle en Santé des Populations

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

1. Introduction :

Lors de son exercice en soins ambulatoires, le médecin généraliste, souvent seul face à son patient, se trouve très vite dans l'obligation de coordonner sa prise en charge avec d'autres professionnels du monde du soin ambulatoire. La notion de travail en collaboration et en réseau a toujours existé. Cependant, face à une diminution continue de la démographie médicale et l'évolution de l'état de santé de la population, notamment liée au vieillissement, l'organisation du soin en réseau est devenue essentielle. C'est ainsi qu'est apparue la notion de CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé). Ces CPTS ont pour but « *d'assurer une meilleure coordination de* » l'action du professionnel de santé « *et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé* »(1). Cette évolution est une volonté politique forte renouvelée et valorisée dans le projet de loi « *Ma santé 2022* (2) ». C'est dans ce contexte que de nombreux professionnels de santé, dont les médecins généralistes, ont parfois bien des difficultés pratiques à mettre en place ces organisations. Comment le médecin généraliste constitue-t-il son réseau de soins primaires ? Comment aborde-t-il cette notion de développement territorial de la santé ? A l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus. Il existe différents exemples de CPTS, d'organisation de santé en soins primaires et une multiplicité de modèles expérimentés. Face à cette notion en cours d'élaboration, certains élus ont décidé de s'associer aux professionnels de santé et leur donner les moyens de construire leur réseau par la mise à disposition d'agents administratifs. Ainsi la communauté de communes du Bocage dans le département de l'Allier, regroupant 25 communes, avait mis à disposition pour aider les professionnels de santé, MD ancienne responsable du pôle projet et actuelle directrice générale des services de la communauté de communes.

Dans cette communauté de communes, alors constituée de 11 communes en 2009, les élus avaient soumis l'idée de créer une maison de santé pluriprofessionnelle aux professionnels de santé du territoire. Ces derniers, dont les médecins, avaient refusé. En 2014 lors de l'élection communale de BLA, la liste nouvellement élue avait dans son programme la création d'une maison de santé. Après leur élection, ils avaient réuni les professionnels de santé de nouveau et une fois encore ces derniers avaient refusé l'idée d'une maison de santé. MD présente à cette réunion avait discuté avec le Dr.P. Ce dernier lui avait expliqué que les professionnels voulaient avant tout être capables de travailler ensemble et ne voulaient pas seulement des murs. C'est à cette époque que le Dr.C était arrivé à BLA pour s'installer en libéral.

Dans ce contexte MD avait réuni les médecins. Elle avait discuté avec eux de leurs souhaits et desideratas. C'est ainsi qu'avait débuté en mai 2015 un travail de rédaction d'un projet de santé sur le territoire en collaboration avec l'ARS. Entre-temps MD avait contacté les autres corps de métiers de la santé. En octobre 2015 avait eu lieu la première réunion de tous les professionnels, dont certains ne se connaissaient pas. En Janvier 2016, un dossier de labellisation avait été déposé auprès de l'ARS validé en avril 2016. C'est ainsi qu'en mars 2016, une association à but non lucratif a été créée, nommée le Collectif.

Sur l'aspect de la volonté politique, M.JPD Président de la communauté de communes jusqu'en 2017 avait chargé MD d'organiser et de réunir les professionnels de santé afin de promouvoir la santé sur le territoire. Les élus avaient voulu laisser le champ libre sans instrumentaliser la santé comme outil politique. En janvier 2017, une commission santé avait été créée au sein de la communauté de communes avec pour mission de mettre en place un contrat local de santé (CLS). Dans le but de faire vivre ce CLS, une animatrice a été embauchée début 2019.

Dès 2016, le Collectif avait initié deux groupes de travail dont l'un sur la rupture de vie chez le sujet âgé. De ces réflexions étaient nés les « ateliers équilibrés ». Ces ateliers motivent des patients âgés à travailler sur l'équilibre alimentaire, les troubles de la marche et l'équilibre cognitif. Le but recherché étant de dépister et prévenir les ruptures de vie du sujet âgé. Lors d'une première phase, un recrutement par tracts diffusés par les mairies avait été tenté mais sans résultat. C'est après une concertation avec les professionnels du pôle et sur avis de BM, infirmier, qu'a été recommandé un recrutement par les médecins, les infirmiers et les professionnels de manière générale, au sein même de leur patientèle. Par ce biais, un nombre suffisant de personnes avait été recruté. Pour le financement, MD avait déposé un dossier d'appel à projet auprès de la CFPPA (Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie) et a obtenu les subventions nécessaires au bon fonctionnement des ateliers.

Lors de mon internat, recherchant un lieu d'installation au sein du Bocage et aidé par la mission accueil Allier, j'ai choisi de m'installer à BLA où il existe un projet de maison de santé. Après quelques réunions, j'ai rencontré les professionnels du territoire et ai réalisé mon dernier stage en autonomie chez le Dr.C. Je me suis investi sur le projet de la maison de santé et ai adhéré au Collectif. J'en suis devenu le trésorier en novembre 2017 puis le président en novembre 2018. Grâce à cette association, j'ai commencé à constituer facilement mon réseau de soins local et ai été amené à prendre une part active sur son évolution vers probablement une CPTS. Mais la question reste entière sur les modalités pratiques de la création d'une CPTS. Il existe déjà une vingtaine de CPTS en France. Il paraît donc intéressant de savoir comment elles se sont constituées, et de faire le point sur le travail déjà engagé par la communauté de communes du Bocage notamment sur le rôle central qu'a pu avoir MD.

Ce travail a pour but d'apporter une contribution fondée sur l'analyse d'une expérience en cours, et en réponse à la question : comment passer d'un réseau local de professionnels de santé à une CPTS en milieu rural ?

Cette interrogation va nous amener à faire le bilan du travail engagé par la communauté de communes pour le développement territorial de la santé, rechercher les freins et les éléments facilitants. Les notions de santé sont méconnues des agents administratifs, et en parallèle les notions de développement territorial sont méconnues des médecins généralistes. Quelles ont été les méthodes de co-construction utilisées pour faire converger ces deux domaines ? Quelles formations et quelles compétences ont été nécessaires pour répondre à cette problématique ? Comment une expérimentation locale peut-elle participer utilement à la réflexion collective ?

2. Méthode :

2.1 Choix de la méthode :

Le choix de la méthode est le résultat de plusieurs facteurs. Dans un premier temps, nous étions dans un champ exploratoire, il existait encore peu de littérature sur le sujet, nous devons donc rester ouverts à la discussion pour optimiser la richesse des résultats. Nous rappellerons que « *l'objet des sciences sociales est particulier en ce qu'il parle, pense et agit intentionnellement* »(3) d'après Hervé Dumez et que lors de l'analyse d'un phénomène nouveau, on cherche à déterminer quelles en sont les composantes et comment les acteurs agissent et se comportent. Donc en l'absence de connaissances synthétisées sur les CPTS, il était nécessaire d'entreprendre ce travail exploratoire en ayant recours à une démarche qualitative se concentrant sur un nombre volontairement restreint de personnes, comme le recommandent les critères de qualité de cette méthode. La recherche interventionnelle définie par Louise Potvin comme la « *science des solutions* »(4) permettait de déplacer la problématique de recherche du « *quoi* » (ce qui cause la maladie ou le problème) vers le « *comment* » et ainsi dans cette recherche d'apporter des éléments de réponse à comment on organise, comment on structure une CPTS. C'est pourquoi nous sommes partis sur une méthode d'enquête action permettant d'inclure dans la démarche de recherche des partenaires, acteurs de terrain. Selon François Alla et Joëlle Kivits(5), la recherche interventionnelle ne peut « *se concevoir ni se conduire sans les acteurs qui font, et sont au cœur de l'intervention* ». Ainsi nous espérons initier une dynamique réflexive auprès des acteurs de terrain interrogés pouvant conduire plus tard à d'autres travaux de recherche.

2.2 Grille d'entretien :

L'élaboration de la grille d'entretien a été le fruit de discussions avec mes deux directeurs de thèse. Nous avons souhaité dans un premier temps faire le bilan de ce qui existait déjà sur le territoire d'enquête, les difficultés rencontrées, le ressenti des professionnels vis-à-vis des événements et les points positifs qui en ressortaient. Dans un deuxième temps, nous voulions avoir une idée des apports dans la pratique quotidienne, en quoi la création du Collectif changeait la façon de travailler des professionnels de santé ; quels sont les avantages et les points d'amélioration. Et pour finir nous avons cherché à savoir quel avenir les professionnels du territoire envisageaient, quelle notion avaient-ils d'une CPTS. C'est sur ces réflexions que nous avons construit la grille d'entretien (Annexe 1).

2.3 Recrutement :

Nous avons interrogé les professionnels de santé du Collectif, la diététicienne MAB, le Dr.D, le Dr.P, le Dr.C, et BM infirmier. De plus au regard de la part importante du travail administratif fourni, il était pertinent d'interroger MD actuelle directrice générale de la communauté de communes du Bocage ainsi que les élus qui ont soutenu ce projet, JPD actuel député et ancien président de la communauté de communes et Mme.L élue à la communauté de communes et en charge des solidarités, de la santé et de la petite enfance. Pour ne pas négliger tous les aspects, nous avons aussi interrogé Mme.W agent de l'ARS en charge de l'offre de soins premiers sur le département, et une patiente ayant bénéficié d'une prise en charge par le Collectif au travers des « ateliers équilibres », Mme.P. Enfin pour ouvrir la réflexion et enrichir les perspectives, nous avons interrogé un médecin porteur d'un projet de CPTS à un stade plus avancé sur le territoire voisin, Dr.DEG.

Tableau d'échantillonnage :

Désignation	Sexe	Fonction
MAB	F	Diététicienne
BM	M	Infirmier
Dr.P	M	Médecin généraliste
Dr.D	M	Médecin généraliste
Dr.C	F	Médecin généraliste
MD	F	DGS de la communauté de communes
JPD	M	Député
Mme.L	F	Elue locale de la communauté de communes
Mme.W	F	Agent administratif à l'ARS
Mme.P	F	Patiente
Dr.DEG	M	Médecin généraliste

L'échantillonnage a regroupé 4 médecins, une diététicienne, un infirmier, 2 élus, 1 agent administratif territorial, un agent administratif de l'ARS et une patiente.

11 entretiens semi directifs ont été réalisés, enregistrés puis retranscrits. Les verbatim ont été codés puis il a été pratiqué une analyse thématique selon les idées ressorties des entretiens.

2.4 Aspect éthique :

Nous nous sommes rendus au domicile ou sur le lieu de travail des personnes interrogées et nous avons adapté les questions à chaque situation en respectant les idées de la grille d'entretien.

Nous avons veillé à ce que rien dans notre présentation ne puisse porter atteinte à l'intégrité des personnes et des institutions.

A chaque entretien, un consentement oral a été redemandé aux interviewés.

Ainsi il n'a pas été nécessaire de passer en commission d'éthique.

3. Résultats :

Nous avons pu constater la méconnaissance de ce qu'est une CPTS, comme l'a fait remarquer Dr.C « *C'est une communauté de professionnels sur un territoire. Ça reste assez flou* ». Cependant il est intéressant de constater que le travail entrepris sur le Bocage est très proche des objectifs fixés aux CPTS.

3.1 Bilan de la mise en place du collectif sur le Bocage :

3.1.1 *Bilan des souhaits des professionnels et mise en place d'un lien interprofessionnel :*

Dès les premières réunions, MD qui était chargée par les élus du territoire d'accompagner la création du pôle, a fait un bilan des besoins de chaque professionnel.

Elle s'est attachée à définir les besoins de chacun, les périmètres d'action de chaque professionnel et leurs envies. De ce premier bilan est surtout ressorti le besoin des professionnels à pouvoir communiquer entre eux facilement. C'est ainsi que les objectifs des premières réunions organisées par MD visaient à ce que les professionnels, qui ne se connaissaient pas tous, apprennent à se connaître, se côtoient et échangent autour de leurs difficultés. Comme le souligne MAB « *on a pu apprendre à se connaître les uns les autres, à bosser ensemble* ». À la suite de ces rencontres, progressivement s'est installé un lien entre tous les professionnels, lien qui a permis, en 2016 seulement, que la création de l'association se fasse de manière tout à fait naturelle.

3.1.2 Resserrement des liens entre quelques professionnels motivés :

Ce lien s'est créé entre des professionnels qui avaient réellement envie de travailler ensemble, qui avaient la motivation pour tenir des réunions le soir après leur journée de travail, souvent déjà bien fatigante. Au fur et à mesure de l'avancement des travaux, les professionnels peu motivés se sont désengagés du processus. Il est resté un noyau dur de gens convaincus par l'intérêt de se réunir. Nous avons retrouvé cette notion fondamentale, de la rencontre, du lien et de la motivation chez toutes les personnes interrogées.

3.1.3 Amélioration du bien-être des professionnels et de la prise en charge des patients :

Au-delà de l'aspect purement administratif, ce lien interprofessionnel a été à la base de toute amélioration aussi bien pour les patients que pour les professionnels. Au niveau des professionnels, cela a permis le partage d'expériences, *« pour se renforcer mutuellement, pour se rendre compte que finalement on vit sans doute des choses assez semblables et que quand on les évoque ensemble peut-être qu'elles pèsent un petit peu moins lourd ou que l'on peut mieux se projeter que quand on est tout seul »* souligne JPD. Et le Dr.D ajoute l'idée que le partage d'expériences a pour bénéfice de diminuer les lassitudes qui pèsent sur les professionnels et éviterait ainsi une détérioration du soin. Cela a diminué les barrières interprofessionnelles et fluidifié par la même occasion les discussions autour de la prise en charge de patients communs. Ainsi les infirmiers connaissant mieux les médecins ont moins d'hésitations à les contacter et les médecins à mieux cerner les attentes et les craintes des infirmiers. Il en découle des bénéfices sur la prise en charge du patient. La patiente interrogée souligne que les professionnels qui l'ont prise en charge dans le cadre des Ateliers

équilibres se connaissent, elle a le sentiment que l'information circule, ce qui la sécurise et lui permet d'avoir plus d'espace pour discuter avec les soignants et être écoutée.

3.1.4 Complexification des parcours patients :

Les professionnels interrogés soulignent la nécessité de cette communication notamment due à une complexification des parcours patients et de leur état de santé. Dr.D insiste bien sur le fait qu'il faut coordonner la réponse aux problèmes médico-sociaux, médicaux purs ou encore du soin avec une multitude d'intervenants, aussi bien libéraux qu'institutionnels.

3.1.5 Parfois difficile relation entre les professionnels :

Il ressort des entretiens qu'une des difficultés majeures à la mise en place de cette collaboration sont les personnes, « *des gens qui ne s'entendent pas entre eux, des gens qui n'ont pas envie de bosser ensemble* » (MAB). Mais aussi la nécessité de trouver un dénominateur commun permettant un travail de groupe, un « *objectif commun* » (MD).

3.1.6 Notion de pôle de santé à différencier de la notion de MSP :

Il existe une différence fondamentale entre maison et pôle de santé. En effet le pôle repose sur la volonté des professionnels à vouloir travailler ensemble et à décroisonner leur activité. Pour les professionnels, il peut se suffire en lui-même : « *lui il peut continuer parce que les professionnels s'y sentent bien tout simplement.* » (BM). Et les projets de santé

validés par les ARS reposent sur cette notion et non pas sur un simple projet immobilier comme pour une MSP.

3.1.7 Arrivée d'un jeune médecin :

Outre la volonté des politiques, un des éléments dynamiques du pôle a été l'arrivée en 2015 d'un jeune médecin, le Dr.C. MD a accompagné son installation, et s'est rendue compte rapidement que le Dr.C ne voulait pas se sentir isolé dans sa pratique. Les autres professionnels aussi bien le Dr.P que la diététicienne soulignent que cette arrivée a été un élément stimulant. Le Dr.C reconnaît elle-même que le collectif et les nombreuses réunions lui ont permis d'apprendre à connaître le maillage local de professionnels.

3.1.8 Dynamique de groupe :

La dynamique de groupe au sein du pôle repose sur beaucoup de facteurs. Le premier est d'avoir un objectif commun avec la mise en route d'un travail concret qui permet de répondre à un des objectifs du projet de santé labélisé par l'ARS. Pour le Bocage cela a été la mise en place des ateliers équilibrés, moyen de réaliser une vraie prévention en santé et de soigner aussi bien l'environnement du patient que le patient lui-même. Ces ateliers montrent bien à quel point une prise en charge pluriprofessionnelle peut répondre à cette question. Cette dynamique se nourrit aussi des compétences de chacun, ainsi MAB, diététicienne, est arrivée dans le pôle avec ses compétences d'ingénieur et son vécu de patiente « avec des idées sur ce qu'il fallait améliorer et sur ce quoi on avait besoin ».

3.1.9 Personne référente : leadership :

Pour faire vivre cette dynamique, il est nécessaire d'avoir une personne référente avec un leadership. Sur le Bocage ce rôle a été porté par MD, elle a fait vivre le pôle en assurant une continuité dans les réunions, en proposant de nouvelles pistes de travail, n'oubliant pas que le pôle vivait grâce aux professionnels et à des décisions collégiales. Le rôle de MD a surtout été d'assurer le travail administratif. Elle a rédigé les comptes rendus de réunion, assuré l'organisation matérielle, les rencontres avec les institutionnels notamment avec l'ARS. Grâce à ce travail elle a pu inciter les professionnels à la rédaction d'un projet de santé qui a été labellisé par l'ARS en 2016.

3.1.10 Rédaction du projet de santé :

Pour rédiger ce projet de santé, outre les réunions, les professionnels ont été accompagnés par un cabinet d'audit spécialisé. MD reconnaît qu'elle n'avait pas les compétences pour réaliser seule cet accompagnement, (MD) « *parce que moi je ne savais pas du tout comment cela s'élaborait* ». En effet l'ARS labellise des projets de santé et essaie d'accompagner les professionnels au mieux mais la rédaction reste à la main des professionnels eux-mêmes. Les professionnels reconnaissent que c'est la découverte d'un nouveau mode de travail, la découverte de nouveaux cadres, car en effet l'ARS labellise un projet de coordination autour du patient et « *ce n'est pas tout de se réunir* » souligne Mm.W. Ainsi MD a été un véritable lien entre les professionnels, l'ARS et le cabinet d'audit. Elle reconnaît que le travail avec l'ARS n'a pas toujours été simple, qu'il fallait parfois insister pour avoir les informations et que cela lui a pris du temps. Ce rôle est d'autant plus

important que les professionnels soulignent que cela représentait un travail administratif lourd et plutôt décourageant. Ils reconnaissent un rôle d'experte à MD sur les cadres fixés par l'ARS, (MAB) « *Mais elle savait ce qu'elle devait nous faire faire pour qu'on rentre dans les clous vis-à-vis de l'ARS.* » MD a permis un véritable allègement du travail administratif et a assuré l'animation administrative du pôle. Cette impulsion a favorisé la mise en place de l'association et la naissance du collectif.

3.1.11 Liens entre élus territoriaux et Collectif du Bocage :

Cette association est une particularité selon BM, dans le sens où elle est née de l'impulsion des élus. Mme.L reconnaît qu'il y a de la part de la population une vraie vigilance et une inquiétude quant à la santé sur le territoire et que les élus doivent prouver leur légitimité dans la prise en charge de la santé. En effet ils ne sont pas forcément issus du monde médical et les soins de premiers recours sont assurés par des professionnels libéraux. Il leur fallait trouver un moyen pertinent pour améliorer l'état de santé de la population. Ils ont décidé de mettre à disposition un agent administratif territorial pour accompagner les professionnels, pour leur permettre de se structurer tout en leur libérant du temps et en assumant la coordination administrative. Les élus se sont ensuite volontairement mis en retrait et MD leur faisait un retour régulier sur l'avancement des travaux. Les professionnels reconnaissent l'utilité de ce lien avec les élus. BM précise que pour une prise en charge globale de la santé, il est nécessaire d'avoir des transports pour les patients, des lieux où se réunir ou encore « *des locaux pour faire par exemple l'éducation thérapeutique* ». Selon le Dr.D il existe un vrai lien entre aménagement territorial et santé publique, notamment avec une structuration réfléchie autour des maisons de santé pluriprofessionnelles multisites

pour assurer un maillage territorial. Cependant le travail avec les élus communaux n'a pas toujours été simple, précise MD, notamment certains avaient la crainte que les professionnels en se réunissant en pôle, ne se regroupent que sur une seule commune.

3.1.12 Bilan des compétences et des méthodes mises en place par l'agent de développement territorial :

Toutes les personnes interrogées s'accordent à dire que MD a eu un rôle central, elle a su établir très vite un lien de confiance avec tous les professionnels, et sans son travail, l'association ne serait peut-être jamais née.

MD est titulaire initialement d'un BTS agricole et avait travaillé avec Mm.L dans ce domaine. Elle s'est formée très tôt aux différentes formes de montage de projet et à l'animation de groupe qui a été son cœur de métier pendant des années, « *Comment animer un groupe, comment faire ressortir ce que les gens ont envie de mettre en œuvre, ce sont des compétences que j'ai pu acquérir tout au long de ma carrière professionnelle* ». Sa bonne capacité d'écoute a permis de détecter les besoins sous-jacents des professionnels, et notamment la nécessité de travailler ensemble. Elle a appris à bien connaître tous les professionnels du pôle, leur logique de penser et leurs façons de travailler : « *il est nécessaire de bien vous connaître pour pouvoir répondre au mieux à vos attentes* ». Elle a su s'adapter aux professionnels de santé, « *tu vois, si j'avais proposé que les réunions soient le lundi après-midi à 14h on n'aurait jamais pu mobiliser les professionnels de santé* ». En termes de méthode, elle a appliqué une méthode d'analyse identique à celle utilisée dans le monde agricole ou commercial. Elle est partie d'une analyse de terrain, avec les ressources disponibles, les besoins et les problématiques soulevées pour proposer une réponse adaptée. Cela demande de l'animation et surtout du temps. Rôle important, MD a une

bonne connaissance des appels à projet et des différents financements possibles. Grace à cette connaissance et ce regard extérieur, elle a pu trouver des liens et répondre aux besoins des professionnels sur des appels à projet qui n'auraient pas spontanément pu paraître pertinents, « *vos projets on peut les aborder de différentes manières, ce qui nous permet de montrer que sans détériorer ce que vous voulez faire, il peut y avoir aussi une autre incidence.* » Finalement, elle assure une convergence entre des financements, les idées et les actions portées par les professionnels.

3.2 Vécu actuel sur le pôle de santé :

3.2.1 Essoufflement du réseau :

3.2.1.a : Difficulté d'animation par manque de temps :

On peut constater au travers des entretiens un certain essoufflement du travail du pôle. Un des premiers éléments a été le manque de temps de la part de MD lié à son changement de poste. En effet, elle a été promue à la Direction générale des services de la communauté de communes : « *il stagne par rapport à l'ambition de départ, parce que de mon côté j'ai moins de temps à leur consacrer, j'ai changé de fonction* ». De plus « *certaines volets du projet initial sont restés à l'état embryonnaire* » toujours d'après MD. En effet, lors de la relecture des procès-verbaux des réunions de travail du projet de santé du territoire, deux grands projets n'ont jamais abouti. Un sur la prévention de la désinsertion professionnelle et l'autre sur le suivi de l'observance en lien avec les pharmaciens. MD rappelle qu'un travail avait été commencé sur la désinsertion professionnelle : on avait « *rencontré (...) le médecin du travail de la MSA, on a rencontré la CARSAT, mais voilà on s'en*

est arrêté là, alors que la volonté c'était de construire des protocoles ». MD craint que certains professionnels se lassent de cette inertie notamment de la part des pharmaciens qui, pour le moment, n'ont pas forcément de projets de travaux pluridisciplinaires en route, « Les pharmaciens disaient toujours : dans quel objectif ? Le risque, c'est qu'ils se lassent s'ils ne trouvent plus d'intérêt à venir dans le groupe. ». Elle justifie cette évolution notamment par son manque de compétences dans le domaine de la santé. De ce fait, elle ne se sentait pas capable de pouvoir proposer de pré-protocoles aux professionnels. Elle pense qu'une coordination avec un animateur formé et habitué au monde de la santé aurait peut-être permis de faire avancer les choses. Les professionnels et notamment BM confirment cette impression de manque de coordination au sein du pôle, pour lui « c'est quasi du temps plein ».

3.2.1.b : Difficulté liée au projet immobilier :

Il existe en parallèle de la construction du pôle un projet immobilier de maison de santé pluriprofessionnelle multisite. Cette structure a pour maison mère celle de BLA qui regroupe 2 médecins généralistes, le Dr.C et moi-même, un médecin thermal, 6 infirmiers, une diététicienne, une psychomotricienne, un psychologue et un ostéopathe. Malheureusement par des erreurs de communication avec la municipalité et une orientation politique rigide, ce projet n'avance pas depuis 2015. Alors que les 3 sites annexes de BXM qui compte un médecin et un infirmier, le site de St.M qui compte 4 infirmiers, une orthophoniste, une sage-femme, une neuropsychologue, un kiné et un ostéopathe ainsi que le site d'Y qui ne compte pas de professionnel sont déjà en construction ou ouverts. Cette errance au niveau de BLA donne le sentiment à l'ARS que la dynamique de groupe leur échappe et que le projet se renferme sur l'immobilier. Quant aux professionnels, ils ont du

mal à s'organiser sans un lieu pour cristalliser le groupe. Le Dr.C le souligne bien : « *Je pense que la plus grosse difficulté, reste de ne pas travailler ensemble sur le même lieu malgré tout. Ça permettrait des communications sur des temps de pause, ça permettrait des réunions plus faciles pour une question de temps quand on travaille à côté.* »

3.2.2 Utilité du pôle dans la pratique quotidienne pour les professionnels :

Le Dr.P est sceptique quant à l'utilité pratique du pôle, il a même un sentiment d'inutilité du pôle. Il est à noter que parmi les médecins de BLA, il est celui dont l'installation est la plus ancienne, en exercice isolé et de plus il avait eu des difficultés relationnelles avec des médecins maintenant à la retraite : « *Non, moi il ne m'apporte rien, je ne sais pas si j'apporte quelque chose au pôle.* » Cependant il nuance son propos quant aux ateliers équilibrés qui pour lui sont vraiment positifs pour les patients : « *moi je trouve que ça a été une bonne idée, c'est une chose que la population a vraiment appréciée.* » Cet avis sur les ateliers est largement souligné par les autres professionnels. Ils sont finalement une cristallisation du travail déjà fait et une vraie réponse à une problématique de santé publique. Ils sont de plus très appréciés par les patients comme le souligne notre patiente Mme.P.

Dans les autres points utiles à la pratique, c'est surtout la communication, la création d'un lien interprofessionnel et la connaissance des uns et des autres qui sont mis en avant avec une nuance importante apportée par le Dr.D, qui est la notion de démarche réflexive sur ses propres pratiques : « *Le réseau ça m'apporte la vie, c'est-à-dire une dynamique, la volonté de se remettre en question, de remettre en question certaines habitudes qui font que*

l'on s'appauvrit automatiquement, et que l'ouverture grâce au réseau permet d'améliorer nos pratiques, d'optimiser les soins, et d'assurer une qualité de prestation optimale au niveau d'un territoire qui en a besoin »

3.3 Projets d'avenir de ce Collectif et possibilités d'évolution vers une CPTS :

3.3.1 La mise en place d'un outil de communication et de partage de l'information médicale :

Il apparaît important voir primordial de créer un vrai partage de l'information. Comme le souligne de Dr.C il y a déjà une progression avec le début de la mise en place d'une messagerie sécurisée MonSisra, « *par exemple l'utilisation de MONSISRA avec les infirmiers* ». Mais le Dr.D va plus loin dans son analyse et souligne que le partage de l'information est un véritable enjeu dans l'amélioration de la prise en charge des patients : « *L'enjeu c'est le partage des données pour qu'il puisse y avoir dans le bocage un circuit homogène harmonieux et permettre de planifier nos activités respectives en fonction de nos nécessités, de nos absences etc... »*

3.3.2 Nécessité d'un changement de point de vue, d'une vision centrée patientèle vers une vision territoriale de la santé :

Cette notion de santé territoriale est surtout portée par les élus interrogés et l'ARS. On peut décomposer cette notion en sous notions que sont l'histoire du territoire avec ses antécédents, le diagnostic territorial et la prise en charge territoriale.

3.3.3 L'histoire du territoire et les antécédents territoriaux :

On retrouve dans un premier temps une notion de vieillissement des médecins avec comme le souligne JPD « *que le renouvellement ne se faisait pas* ». Auquel on peut ajouter une notion de paupérisation avec une population pour qui la santé n'est pas forcément une priorité selon Mme.L, il « *faut déjà qu'ils mangent, qu'ils se logent, qu'ils s'occupent de leurs enfants.* »

3.3.4 Notion de diagnostic territorial :

Là encore Mme.L nous éclaire sur les indicateurs de santé établis par l'ARS avec une notion de forte prévalence de problèmes cardio-vasculaires ou encore de cancérologie. Mais surtout la communauté de communes vient d'établir un diagnostic au sein des écoles primaires du territoire. Ce dernier met en évidence que 30% des élèves manquent ou ont besoin d'une prise en charge spécialisée aussi bien dans le champ psychique que physique. C'est pourquoi en collaboration avec l'ARS, la Préfecture et l'Inspection d'académie, le Bocage a été choisi pour une étude pilote avec l'école des hautes études en santé publique. Aussi bien Mme.L que JPD soulignent que ce diagnostic doit aussi prendre en compte ce qui fonctionne bien sur le territoire pour pouvoir l'enrichir et le valoriser : « *qu'est ce qui fonctionne bien, comment on peut enrichir ça, on parle de parcours de santé, de parcours de soins, on est bien obligé de créer des conditions pour que tout le monde puisse travailler ensemble* ».

Ces constats aboutissent à une prise en charge territoriale de la santé, c'est-à-dire à envisager la santé dans un ensemble sur un territoire pour prévenir et améliorer le quotidien

des administrés. Comme le souligne MAB en parlant de MD « *elle a une vision santé au sens global, pas uniquement le rhume, c'est aussi l'alimentation, pouvoir être transporté correctement, se sentir bien sur son lieu de vie* ».

3.3.5 Lien entre Contrat Local de Santé et organisation des professionnels de santé :

Afin d'organiser cette prise en charge, les élus ont négocié avec l'ARS et élaboré un contrat local de santé. Une des premières raisons de ce contrat a été de « *pérenniser au moins le temps nécessaire pour que les choses soient formalisées, surtout l'accompagnement administratif tel qu'il est fait actuellement* » par MD auprès des professionnels de santé. Ensuite de ce constat des élus, Mme.L accompagnée de MD ont négocié et démontré « *d'arrachepied* » que le Bocage avait besoin de ce contrat. Et c'est dans le cadre de ce contrat qu'a été embauchée une animatrice avec 3 axes principaux dans ses missions : l'accompagnement des professionnels, la mise en place d'actions de prévention et l'accueil de nouveaux professionnels sur le territoire.

3.3.5.a : Axe 1 : accompagnement des professionnels et coordination administrative du pôle :

Son rôle sur cet axe consiste à « *remobiliser le groupe* » selon MD, c'est-à-dire reprendre le rôle d'animation et d'organisation qu'elle avait eu, par exemple en étant là pour gérer la logistique des réunions (réserver les salles, avoir les clefs, inviter les intervenants extérieurs utiles et s'assurer de leur venue). C'est aussi un besoin de coordination et d'interface avec les instances sociales dont ont besoin les professionnels

pour leurs patients soulignent le Dr.P. Finalement c'est un travail d'ingénierie administrative selon Mm.L.

3.3.5.b : Axe2 : Mise en place d'actions de prévention :

Mme.L reconnaît que le territoire présente des secteurs de fragilité au sein de la population et elle souhaiterait, par la mise en place d'actions de prévention, répondre et prévenir ces fragilités. MD nous a présenté un exemple très concret de cette dynamique en matière de sport : une des communes est actuellement en train de revoir son aménagement de centre bourg et à travers le CLS, la communauté de communes souhaite apporter des conseils à cette commune pour réfléchir à la mise en place de matériels sportifs d'extérieur, et c'est sur ce genre de projet qu'une meilleure coordination avec les professionnels de santé du territoire peut avoir une vraie utilité pratique pour les patients.

3.3.5.c : Axe 3 : Accueil de nouveaux professionnels :

Sur ce plan, le but est de pouvoir présenter aux nouveaux professionnels qui souhaiteraient venir, les possibilités de scolarisation pour leurs enfants, les offres d'emplois pour les conjoints, les offres culturelles du territoire et prospecter pour les attirer.

3.3.6 Attractivité du territoire :

Cela nous amène à la notion d'attractivité du territoire que l'on peut décomposer en deux sous-ensembles que sont l'attractivité globale et l'attractivité médicale.

L'attractivité globale peut se définir par l'attractivité culturelle, sociale et les services publics comme cités précédemment.

L'attractivité médicale elle, se définit par l'offre de soins pour la population, notion chère à JPD : « *la question de la santé est sans doute la question que les habitants d'un territoire mettent en priorité étant le service auquel ils tiennent particulièrement pour continuer de vivre sur le territoire, pour s'installer sur le territoire, pour se sentir en sécurité sur le territoire.* » Pour assurer cette offre, il faut savoir attirer et conserver des professionnels de santé. Ce qui est la deuxième facette de l'attractivité du territoire. Comme l'a souligné BM il faut « *qu'il y ait une vraie dynamique qui donne l'envie aux professionnels de venir ici* », et pour cela il faut qu'un professionnel puisse se sentir soutenu quand il débute, qu'il ne se sente pas seul avec des possibilités d'exercice confortable et adaptable à son projet professionnel.

3.3.7 La maîtrise de stage :

Cette attractivité du territoire est un enjeu important et l'accueil de jeune stagiaire semble un élément clef pour présenter ce territoire. En effet JPD pense que la découverte du territoire lors d'un stage par un jeune est probablement une des clefs pour le pousser à s'installer ; « *il a finalement découvert un territoire sur lequel, pourquoi pas, il a envie de continuer de vivre* ». Pour le Dr.D la maîtrise de stage est aussi une possibilité de former des jeunes sur des lieux où il y a encore des médecins avant qu'ils ne partent à la retraite car en effet il paraît plus compliqué qu'un jeune s'installe dans un lieu totalement déserté.

3.3.8 Nécessité d'une nouvelle évaluation des besoins et des ressources :

MD pense qu'avec l'arrivée de l'animatrice sur le CLS, il serait bon de refaire « *une photographie des besoins de chacun* », de ce que chacun vient chercher dans le groupe pour

pouvoir repartir sur des projets. Certes, cette démarche aura pour bénéfice de remobiliser les professionnels du groupe et de permettre de créer du lien entre l'animatrice nouvellement venue et les acteurs du territoire. Mais Dr.DEG rappelle qu'il faut bien avoir conscience des ressources humaines disponibles et mobilisables sur le territoire. En effet les cartes peuvent présenter une certaine densité de professionnels mais dans la réalité du terrain une partie seulement est prête à se mobiliser au sein d'action collective, « *le diagnostic territorial va donner une photographie à un instant T des ressources affichées mais pas des ressources opérationnelles.* »

3.3.9 Spécificité de chaque structuration :

Ces conditions font que chaque projet de pôle, que ce soit au niveau des maisons de santé, ou des CPTS est unique, par son histoire, son mode de fonctionnement et ses projets, comme le souligne Mme.W de l'ARS « *il y a 12 maisons de santé qui sont en fonctionnement et il n'y en a pas une qui fonctionne de la même façon* » et elle préfigure une même diversité de fonctionnement sur les CPTS. Cela pose la question du cadrage administratif, et Mme.L précise qu'il faut savoir « *aussi écouter le terrain* », car quand le terrain a décidé de s'investir dans un projet, il faut créer les conditions pour le permettre. Finalement « *l'avenir sera celui que les uns ou les autres lui donneront* », selon JPD.

3.3.10 Labellisation des projets de CPTS par l'ARS, nécessité d'un modèle de co-construction adaptatif :

L'ARS assure pour les CPTS le même rôle que celui fait pour les maisons de santé sur l'accompagnement et sur la labellisation des projets. Elle a aussi des possibilités de

financement pour les équipes. Mme.W rappelle que l'ARS a un rôle de pilotage de la santé sur le territoire. Et à ce titre, les projets doivent être en concordance avec le projet régional de santé et correspondre aux 5 priorités de l'ARS. Cependant elle précise que le projet doit aussi pouvoir répondre aux problématiques locales car en effet « *dans l'Allier ce n'est pas forcément comme dans le Rhône* ». Dr.DEG pense justement que pour respecter cette notion d'unicité propre à chaque structuration avec cette nécessaire cohérence régionale voulue par l'ARS il faut trouver un modèle « *de co-construction avec ceux qui sont autour du patient* », car ce sont eux « *qui vont définir leurs axes principaux, leur organisation, de telle façon que l'on reste au cœur des besoins des patients* ».

Donc l'un des enjeux majeurs des CPTS est de savoir s'adapter au terrain pour éviter la mise en place d'outils technocratiques rigides et obsolètes.

3.3.11 Engagement de l'ARS dans cette démarche, mais à la main des professionnels pour permettre un décloisonnement :

La région Rhône-Alpes-Auvergne continue de labelliser les projets de CPTS là où certaines autres ARS ont décidé d'attendre un cahier des charges National. Dans notre région, l'ARS pense qu'il faut accompagner les professionnels qui sont en train de se structurer car « *de toute façon c'est à la main des professionnels* ». Mme.W précise que c'est de préférence à la main des professionnels libéraux mais que c'est un décloisonnement complet, « *c'est-à-dire ville, hôpital et puis EHPAD, non pas qu'EHPAD mais plutôt médico-social.* ».

3.3.12 Territoire futur de la CPTS sur le Bocage :

3.3.12.a : Lien entre le secteur de garde et la CPTS :

Dr.P pense que l'extension du réseau professionnel sur le territoire de garde serait une bonne chose. Car lors des gardes, il est amené à voir des patients de ses confrères et que les patients, pour des raisons personnelles sont parfois amenés à voir un médecin de BLA plutôt que de S, « *j'ai des patients qui habitent S qui ne sont pas forcément domiciliés sur BLA ou dans les alentours proches* ». Pour le Dr.D il lui paraît important d'harmoniser tout le bocage aussi bien le sud que le nord.

3.3.12.b : Extension progressive sur le territoire :

Dr.D soumet l'idée de renforcer les zones déjà couvertes puis d'envisager une extension progressive du pôle sur les zones plus fragiles. En effet il pense que l'on risque un découragement des professionnels s'ils sont confrontés à des problématiques différentes sur les territoires voisins et qu'il faille répondre à tous. Pour ce faire MD propose que l'animatrice du CLS recontacte les territoires voisins pour faire déjà une évaluation de leurs besoins et renouer le contact. Pour ensuite « *à nouveau faire émerger des projets sur ces sites-là* » puis les intégrer dans le collectif, et ainsi évoluer progressivement pour construire une CPTS.

3.3.12.c : Porosité entre les territoires géographiques :

MAB, diététicienne, a l'occasion de travailler sur beaucoup de secteurs voisins et a le sentiment d'une forte porosité des frontières, notamment du fait que certaines infirmières de S interviennent au sein du pôle sur les ateliers équilibre. Cette porosité est, et doit être à l'origine d'un partage d'expériences. En effet, ce qui a été fait sur un territoire est

reproductible sur un autre, Mme.L précise même « *on est prêt à partager notre expérience sur le travail qui a été fait* ».

3.3.12.d : Frein à l'extension territoriale :

Le principal frein à cette extension territoriale à l'heure actuelle est le non engagement des professionnels dont les médecins, comme le décrit le Dr.D « *comme tu le sais Dr.NO et le Dr.BU ne sont jamais venus aux réunions des médecins, (...) voudront-elles s'inscrire dans une démarche collective ?* ».

3.3.13 La construction d'un territoire en santé passera également par le renforcement des liens avec les différents intervenants de la santé :

3.3.13.a : Le lien ville hôpital :

L'hôpital local de BLA fait partie du collectif du Bocage. Historiquement sur BLA, les médecins de ville sont régulièrement intervenus au sein de l'établissement puis l'évolution des pratiques a entraîné une disparition de ce système. Tant est si bien que lors de la constitution du pôle, certains médecins dont Dr.D était très réticent au travail avec l'hôpital avec la crainte d'une confusion des genres et d'une ingérence de l'hôpital dans l'activité libérale. Cependant grâce à un vrai travail de collaboration, l'entente s'est nouée, « *même Dr.D a vu l'intérêt de la prise en charge à la fois libérale et hospitalière. Le discours a changé.* » (MAB). Mais à ce jour sur le Bocage, le travail avec l'hôpital et l'articulation entre les milieux reste fragile et complexe. Sans vraiment savoir comment définir l'évolution de ce travail, les professionnels pensent que doit exister un lien plus étroit avec l'hôpital, « *on a besoin les uns des autres, on a besoin de l'hôpital* » (MAB).

3.3.13.b : Lien avec le monde social :

Les professionnels de santé ont de plus en plus souvent besoin de contacts avec les acteurs sociaux. Pour répondre en partie à ce besoin, MD propose de développer les liens avec le coordinateur de la maison de services au public qui a une vraie compétence « *sur l'aide au montage de dossier* ».

3.3.14 Amélioration de la prise en charge des patients :

3.3.14.a : Mise en place d'un maillage de proximité avec une amélioration de l'offre :

Comme le souligne très justement le Dr.P « *le pivot central c'est de pouvoir répondre de façon positive, pérenne, à une demande sur l'ensemble du territoire* ». La structuration en pôle a pour objectif entre autres, d'améliorer l'état de santé des patients et d'améliorer la réponse apportée aux problématiques de santé. JPD insiste sur le fait qu'il est possible de combiner proximité et qualité des soins : « *Il nous faut revendiquer qu'on puisse avoir ici comme ailleurs des professionnels qui sont impliqués, compétents* ». Pour répondre à cela le Dr.D pense qu'il est nécessaire d'avoir un vrai maillage territorial pouvant offrir une prestation de qualité même au plus faible. Le Dr.P lui souhaiterait, que ce maillage aboutisse aussi à proposer une meilleure amplitude des horaires pour les soins non programmés sur le territoire.

3.3.14.b : Evolution de la notion de santé :

JPD souligne que la santé, c'est « *aussi la manière dont on peut vivre et vivre avec bonheur sur un territoire* ». Finalement il y aurait une certaine nécessité à passer d'un aspect de la médecine centrée patient vers une médecine centrée territoire, c'est-à-dire d'intégrer dans la pratique des possibilités d'aménagement du territoire visant à améliorer la santé des

patients. La CPTS pourrait être un moyen de répondre aux trois aspects de la santé définis par l'OMS, l'aspect physique, mental et social d'après MD. Et ainsi répondre de manière adaptée aux écueils qui minent le parcours santé, que ce soit les transports, les dossiers sociaux, les prises de rendez-vous, les suivis spécialisés.

3.3.14.c : La notion de soin centré patient et de parcours du patient :

Même si les élus, par leur vision plus large, envisagent une probable évolution de la prise en charge, les professionnels restent attachés à une vision centrée patient avec une perspective d'amélioration liée à une meilleure organisation, *« dès qu'on a un patient en difficulté, même sociale, ou médicale, il faut qu'on arrive à organiser avec l'ensemble des acteurs la prise en charge. »* Un des outils à mettre en place dans cette optique serait l'échange autour des cas complexes. Le Dr.P, le Dr.C et BM souhaiteraient que se mettent en place, assez rapidement, de manière très concrète, des réunions de concertation pluriprofessionnelles. Un autre point soulevé par toutes les personnes interrogées et qui est un des objectifs des CPTS, est d'améliorer le parcours du patient en fluidifiant la communication, l'échange d'informations, ce que les professionnels ont déjà commencé notamment avec l'utilisation d'une messagerie sécurisée. Mais le Dr.P souhaiterait qu'à l'avenir des liens renforcés avec le monde social.

3.4 Comparaison entre le pré-projet de CPTS du secteur voisin et le collectif du Bocage :

L'interview avec le Dr.DEG permet de comparer le travail fait sur son territoire d'exercice qui a abouti à la mise en place d'un pré-projet de CPTS qui devrait être validé en Juin 2019.

3.4.1 Bilan de leur organisation :

3.4.1.a : Création d'un lien interprofessionnel :

On retrouve en premier lieu la mise en place d'un lien fort entre les acteurs professionnels de leur territoire : « *ils ont l'habitude de se voir depuis 25 ans, parce qu'ils ont des temps communs* ». Ils ont notamment utilisé des formations interprofessionnelles comme outils pour créer ce lien. Mais comme sur le Bocage, le Dr.DEG souligne que cette dynamique s'est resserrée autour de gens motivés mais certains professionnels n'ont jamais adhéré au principe.

3.4.1.b : Dynamique d'équipe :

Pour le Dr.DEG, les dynamiques d'équipe qui se sont créées ont fluidifié la communication et l'échange tout en permettant à chaque professionnel de garder une zone de travail personnel qui lui est propre. Il rajoute que cette rencontre entre les professionnels « *arrive à débloquer des situations que l'on pensait indéblocables* ». Comme pour le Bocage, cela a été une source d'amélioration du bien-être des soignants.

3.4.1.c : Dynamique impulsée initialement par un professionnel ayant une vision plus large et un leadership :

« *Un de nos confrères médecin ayant des responsabilités politiques à la communauté de communes a eu une vision beaucoup plus large du territoire, et on l'a suivi* ». Cependant le Dr.DEG précise qu'il est essentiel de savoir décentraliser ce leadership et accepter que le travail puisse avancer progressivement voire lentement dans le respect de la temporalité de chacun. Idée que l'on retrouve aussi sur le Bocage.

3.4.1.d : Nécessité d'un lieu commun :

Dr.DEG reconnaît que les professionnels ont assez vite ressenti, il y a une vingtaine d'années le besoin de se regrouper sous un toit commun. Notamment pour permettre le partage de certains services. Cependant il nuance son propos en expliquant que, certes les maisons de santé pluriprofessionnelles sont un outil facilitant mais non déterminant. Pour lui, l'élément central est la volonté de travailler ensemble pour l'amélioration de la santé du patient, « *qu'est-ce que je fais autour du patient, qu'est-ce que je fais avec le patient* ».

3.4.1.e : Amélioration de la prise en charge centrée patient :

Finalement tout le travail entrepris a été au service d'une amélioration de la prise en charge des patients, « *et si on n'en tient pas compte et que ce n'est pas le point central on ne va pas être au cœur de la cible, qui est finalement un service rendu au patient pour améliorer sa santé de manière sécurisée.* » Pour ce faire, sur leur secteur, ils se sont appuyés sur les infirmières ASALEE qui sont initialement formées pour la pratique de l'éducation thérapeutique. De par leur rôle, elles ont pu dépister des fragilités aussi bien sociales que médicales et ainsi assurer un suivi de ces problématiques. Il a alors été mis en place une coordination centrée autour du patient en lien avec tous les réseaux, « *en ce sens qu'il y a un réseau de MAIA, un réseau d'assistantes sociales, il y a un réseau d'aide à domicile, c'est travailler avec, et faire cette interface* ».

3.4.1.f: Création de leurs CPTS par extension d'une démarche vers des territoires voisins :

Sur le territoire où travaille le Dr.DEG, en réponse à une problématique commune qui était une meilleure communication entre les professionnels, une évolution vers quelque chose de plus global s'est réalisé : « *Voilà la démarche qu'on a eue, qui part d'une équipe et*

ça s'étend à 6 équipes ». Le Dr.DEG confirme qu'il existe une forte porosité entre les territoires et que « *les limites géographiques peuvent bouger* ». Pour lui, les CPTS ont tout leur sens dans le milieu rural. Leur CPTS correspond finalement au regroupement au sein d'un pôle de 4 MSP présentes sur le territoire d'après Mme.W. Elle précise d'ailleurs que toute cette démarche est restée à la main des professionnels.

3.4.2 Utilité de la CPTS :

Pour le Dr DEG, la CPTS c'est l'assurance qu'a été réalisé un point sur le parcours des gens fragiles et qu'ont été mises en place des solutions évolutives pour prévenir le risque de rupture. C'est aussi s'assurer de l'accès pour ces patients à des services d'éducation thérapeutique de proximité. Ce qui se retrouve d'une certaine façon dans les ateliers équilibre mis en place sur le Bocage.

3.4.3 L'avenir de cette future CPTS :

Pour le Dr.DEG, l'avenir de leur structuration passera par une amélioration de la prise en charge des patients en regardant les zones de tension actuelle dans le parcours patient sur leur territoire pour pouvoir y répondre.

C'est aussi un décloisonnement complet des filières pour pouvoir aboutir à une notion d'équipe traitante « *qui est proche du patient* » et qui pourrait se concerter sans difficulté pour garantir un soin optimum, tant dans la réponse au patient que dans l'utilisation des ressources sanitaires disponibles.

Finalement pour lui, cela doit aboutir à un changement de culture.

3.5 Changement de culture :

Pour le Dr DEG « *on est ancré dans une culture du soin et il faut que l'on bascule à une culture de la santé* ». Il envisage que l'on prenne en considération la notion de population dans nos réflexions, le médecin doit aussi avoir la responsabilité de sa patientèle et de la population, il ne doit pas rester seul, envisager le patient et son exercice dans un ensemble sur un territoire. Le Dr.DEG comme MD ont évoqué la notion de santé de l'OMS et confirme que la santé c'est aussi une notion de qualité de vie, c'est un travail « *sur les inégalités sociales de santé* ». Pour mettre en place ce changement de culture, il lui apparaît important de mettre tous les acteurs autour de la table, « *pour assurer un bon état de santé il faut regarder tous les domaines de l'environnement du patient* ». Pour lui c'est ainsi que l'on arrivera réellement à comprendre la réalité du patient et lui proposer des choses admissibles pour lui. Finalement pour le Dr.DEG « *les facteurs de réussite c'est de décentraliser le plus possible sur les équipes, qui elles-mêmes, ont une vie propre, mais par contre c'est l'échange.* »

3.6 Apport de la formation initiale :

On retrouve au cours des entretiens la nécessité de modifications de la formation des médecins. Pour le Dr.DEG, il faut bien évidemment respecter le cœur de métier qui est « *l'apprentissage du corps humain, de sa pathologie, de notre système cognitif et de sa pathologie mentale* ». Mais pour lui comme pour le Dr.D, il faut former les médecins au travail de collaboration, il ne faut pas des médecins capables d'accumuler des connaissances

mais des gens capables d'utiliser ces connaissances pour « *la résolution de problèmes patients en équipe* ».

La formation doit mettre l'accent sur la porosité entre les domaines de la santé, « *comprendre que la santé est liée à un ensemble* » et que ces éléments cohabitent autour du patient. Pour cela il paraît intéressant d'envisager un changement de paradigme dans la formation initiale, de la culture de l'individualisme mis en exergue par le système « *de sélection de concours* » qui définit d'emblée la formation, vers « *la culture de la compréhension du patient en équipe pluri professionnelle, basée sur les connaissances médicales mais aussi tout ce qui est du domaine autre* », d'après le Dr.DEG.

4 Discussion

4.1 Impact du contexte politique et social du soin de premier recours en France sur les CPTS :

Les soins de premiers recours ont été définis par l'Organisation Mondiale de la Santé à Alma Mata en 1978 et ont pour objectif social de garantir un accès aux soins égal pour tous(6). L'IRDES souligne que la France est sous un modèle professionnel non hiérarchisé où l'organisation des soins premiers est à l'initiative d'acteurs, aussi bien des professionnels de santé que d'acteurs politiques et sociaux locaux(7). Le monde des soins de premiers recours a énormément évolué dans les dix dernières années notamment avec la loi du 21 Juillet 2009 qui a défini plus précisément le périmètre des soins de premier recours au travers de l'article L1411-11(8) :

- « 1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4. L'éducation pour la santé. »*

C'est dans cette logique du soin de premiers recours et pour améliorer l'état de santé de la population que le législateur a créé les Communautés professionnelles territoriales de Santé par la loi du 26 janvier 2016(9). Dans le cadre du modèle professionnel non hiérarchisé, la structuration des CPTS est volontairement laissée par le législateur à la main des professionnels eux même. Depuis 2016 sont apparus sur le territoire 200 projets de CPTS recensés dont seulement vingt sont validés au 30 juin 2018(10). Face à cette évolution des

pratiques, l'IGAS a été missionnée et a publié en Août 2018 son premier rapport intitulé « *Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appuis à la DGOS* »(10). Lors des entretiens, il est ressorti que l'ARS Rhône-Alpes-Auvergne était très impliquée dans le suivi des projets de CPTS. Elle a montré qu'il était essentiel que ces projets soient à la main des professionnels notamment libéraux pour assurer un vrai décloisonnement des différentes filières des soins premiers. Ainsi l'ARS accompagne les initiatives locales pour répondre aux objectifs visés dans le « Schéma régional de santé »(11), aussi bien sur la réponse à la demande des soins non programmés ou encore sur la coordination et le suivi des parcours complexes. Tous les professionnels et aussi les élus interrogés ont à cœur de répondre à ces questions sur leur territoire. Les CPTS sont donc un outil pour faire converger les volontés des professionnels et les enjeux des politiques territoriales de santé.

4.2 Changement de culture du soin :

Une des difficultés de ce travail a été l'absence d'antériorité. Nous n'avons pas retrouvé au sein des bases de données, que ce soit PubMed, Cochrane, ou la base de données de santé publique, de travaux scientifiques traitant de la constitution des CPTS. Cependant sur la base de données de la bibliothèque inter-universitaire de Paris Descartes sont ressorties deux études, de 2009 et 2011, portant sur des réseaux pluridisciplinaires des soins de premier recours (12) (13). Nous devons donc nous appuyer essentiellement sur le rapport de l'IGAS et aussi sur certains guides comme celui rédigé par l'URPS des Hauts de France(14). La mission de l'IGAS souligne qu'une transformation du système des soins ambulatoires est obligatoire et urgente, « *les CPTS ont été créées pour transformer les*

logiques de prise en charge médicale des patients et des populations ». Notamment pour répondre aux enjeux des soins de premier recours.

Au cours des entretiens, nous avons retrouvé une notion de santé des populations et un nécessaire changement de culture du soin. La formation des médecins généralistes se fait actuellement sur le modèle centré patient et considère le patient dans une dimension globale dans son environnement. Les CPTS apportent une dimension supplémentaire qui est la prise en charge territoriale. Les jeunes médecins confrontés à la mise en place de ce système vont pouvoir agir sur des actions de prévention en santé publique à l'échelle de leur bassin d'activité. Le médecin restera sur le modèle centré patient dans la discrétion de son cabinet, mais il pourra ajouter une réflexion territoriale plus large de l'état de santé de sa patientèle.

4.3 Ouverture sur la prévention en santé territoriale :

Des entretiens est ressorti que l'un des rôles futurs de l'animatrice du CLS serait la prévention sur le territoire. Pour l'approche de cette prévention, plusieurs aspects sont ressortis, que ce soit par des campagnes de communication, mais aussi par une réflexion sur l'aménagement du territoire. On peut citer notamment l'aménagement des centres bourg avec du matériel sportif d'extérieur. Cela pousse la réflexion vers la conception qu'ont les soignants sur leur rôle dans la prévention. En effet, avec la mise en place des CPTS, les actions de préventions, que ce soit par leur nature ou par leur portée, sont amenées à changer. Les soignants pourront être acteurs sur la santé de leur territoire par d'autres actions que leur simple consultation. Cependant, ces possibilités vont nécessiter des expérimentations et des évaluations. Il existe des méthodes de recherche : « *la recherche*

interventionnelle en santé des populations (RISP) a pour objectifs la conception, la mise en œuvre et l'évaluation scientifique d'interventions en santé publique »(15) comme le précise l'Institut national du cancer, qui a recours fréquemment à ce type de recherches définies notamment par Louise Potvin (4). Ce type d'étude est très proche de la méthode utilisée pour l'enquête actuelle. Il serait intéressant d'évaluer par d'autres travaux de recherche les bénéfices en termes de prévention et de santé publique de l'impact des CPTS.

4.4 Facteurs de réussite à la constitution d'une CPTS et liens avec les élus locaux :

La mission IGAS a identifié cinq facteurs de réussite pour la mise en place d'une communauté de santé :

- *« Un intérêt à agir pour la résolution pragmatique de problèmes au service de la population (démographie médicale, organisation des soins non programmés, sujets de santé publique, ...),*
- *Un diagnostic fondé sur une approche populationnelle et une analyse du territoire,*
- *L'impulsion et l'accompagnement d'une logique interprofessionnelle forte,*
- *Le portage de l'initiative par des professionnels de santé ambulatoire,*
- *L'identification d'un porteur de projet rapidement soutenu et accompagné. »(10)*

Une des particularités de la situation étudiée a été la forte implication des élus locaux par la mise à disposition d'un agent administratif compétent et ce, dès les démarches initiales avant même la création du CLS. L'IGAS précise que chaque CPTS se nourrit de son histoire et du territoire sur lequel elle prend naissance, et ainsi signale que les professionnels

font parfois appel aux élus locaux. Dans notre situation, les facteurs de réussite ont été l'analyse des besoins du territoire, la volonté des professionnels et le soutien des élus. Le modèle ainsi étudié au vu de l'implication forte des élus locaux n'est donc pas forcément reproductible partout et aussi probablement limité au secteur rural.

Un travail de thèse de 2009(13) a analysé une tentative d'organisation des soins de premiers recours en milieu rural qui n'a pas abouti. Les facteurs d'échec répertoriés étaient : la non « émergence d'un leader cristallisant une dynamique de projet » et « les décideurs interviewés obéissent à des logiques divergentes. L'analyse du projet permet de dégager des déterminants d'échec (psychologie et sociologie des acteurs, conduite du projet) ».

Le point essentiel reste la nécessité d'avoir un coordinateur formé à l'animation et au montage de projet. Ce qui amène à se poser la question du financement d'un tel poste. En effet, dans notre exemple, la communauté de communes s'est engagée sur le financement de ce poste par la signature du CLS avec l'ARS. L'enjeu du financement reste très important pour toute CPTS qui souhaiterait se mettre en route. La résolution de cette problématique semble se profiler à travers la négociation d'ACI entre la CNAM et les professionnels au cours des actuelles négociations conventionnelles. De plus les ARS peuvent subventionner les CPTS au travers des ACI comme le précise l'ARS AURA(16).

4.5 Diagnostic territorial :

Le diagnostic territorial est souvent à la charge des professionnels en lien avec l'ARS. Comme l'a confirmé notre enquête, les ARS détiennent des indicateurs de santé sur leur territoire avec l'utilisation d'outils tel que PIEROS(17). L'originalité de cette étude résidait

dans le lien étroit qui existait entre l'ARS, les professionnels de santé et les élus locaux qui ont impulsé des enquêtes de santé sur leur territoire et qui ont une vision plus large de la santé avec notamment des considérations de transport, de logement, soit la notion de la qualité de vie sur un territoire. C'est pourquoi la rédaction du projet de santé de cette CPTS ne se fera pas sur le simple binôme ARS-professionnels, mais sur un trinôme avec l'implication des élus locaux. Là encore la limite d'un tel système est probablement le facteur humain, ce lien pouvant exister peut-être plus facilement en milieu rural que dans de grandes aires urbaines.

4.6 Indicateurs de santé sociale de l'Allier :

À la suite des entretiens réalisés, les élus ont évoqué une « *paupérisation* » de la population. En effet le département de l'Allier est l'un des plus pauvres de la région : le salaire moyen est l'un des plus bas et le taux de pauvreté y est de 15,5% soit l'un des plus forts. La PFOSS confirme ces chiffres(18) et précise même que « *c'est en milieu rural que la pauvreté monétaire est la plus marquée, touchant davantage les personnes seules et âgées.* »

4.7 Nécessité d'un porteur de projet identifié :

Dans cette étude, il a été identifié l'absence d'un professionnel de santé porteur de projet. Le rapport de l'IGAS précise qu'il existe une vraie dynamique des professionnels à vouloir se regrouper en CPTS : il s'agit souvent d'un professionnel formé sur le sujet et

« *maitrisant les montages financiers et la gestion de projet* »(10). Dans notre étude, ce rôle a été assuré par l'agent de développement territorial mis à la disposition des professionnels par la communauté de communes.

Cette étude ne nous a pas permis d'éclaircir la question de la formation des professionnels de santé à la gestion de projets de ce type.

4.8 Méthode d'animation utilisée :

Cette étude a montré que les méthodes utiles à l'animation d'un groupe de professionnels de santé sont les mêmes que celles des autres milieux professionnels. Pour cela l'IREPS(19) Auvergne-Rhône-Alpes propose des formations et une base documentaire riche pour acquérir ces techniques d'animation et de montage de projet. On peut citer par exemple le brainstorming, les métaplans, les techniques du portrait chinois, du blason, qui sont utiles pour apprendre à des participants à se connaître et à mener des réunions de concertation autour d'un sujet donné. Ces techniques ne sont pas forcément issues du monde médical mais certains auteurs comme Alain Douiller(20) ont su théoriser ces techniques pour les transposer au domaine de la santé. Dans notre étude l'agent de développement territorial a eu recours à certaines de ces techniques pour animer les réunions et s'est basé sur ces formations issues à la base de son BTS agricole. Il n'est donc pas nécessaire d'inventer de nouvelles méthodes de travail mais d'innover sur la base de ce qui existe.

4.9 Liens interprofessionnels : facteurs d'attractivité pour les professionnels de santé

Cette étude a montré l'importance de la rencontre entre les différents acteurs locaux et l'entretien de cette dynamique par la mise en place d'un travail pragmatique pluridisciplinaire.

En 2011, un travail de thèse(12) avait déjà mis en avant cette caractéristique : *« l'exercice regroupé et coordonné est à la fois plus efficace, plus attractif, ».*

L'IGAS souligne, comme les différentes personnes interrogées, que la dynamique interprofessionnelle et l'organisation en réseaux sont un élément attractif pour les jeunes médecins. Une enquête du 11 avril 2019 de la « commission jeunes médecins » du CNOM confirme que *« l'exercice groupé, dans le cadre d'une activité mixte, libérale en groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire, est largement plébiscité par les internes (72%). A l'inverse, l'exercice libéral seul n'est envisagé que par 3% d'entre eux. Outre l'exercice groupé, les jeunes médecins souhaitent pouvoir disposer d'un réseau de professionnels de santé sur le territoire, sur lequel s'appuyer. Un point déterminant pour 81% des internes et 87% des remplaçants. »*(21) La constitution d'une CPTS et d'un réseau local est donc un véritable atout à l'installation de nouveaux médecins. Tous les participants soulignent l'importance d'une telle démarche dans l'amélioration de leur qualité de travail.

4.10 Lien entre ESP et CPTS :

Cette enquête a montré que les CPTS étaient souvent le fruit d'une extension d'une démarche locale vers des secteurs avoisinants. En effet c'est souvent par le regroupement

d'équipes, déjà bien structurées au niveau de leur patientèle, que se forme une CPTS qui se situera au niveau territorial. Cet aspect est bien défini dans le guide rédigé par les URPS des Hauts de France(14). Les ESP sont des équipes de soins primaires et définies par l'Article L1411-11-1(22). Toujours selon cet article, on constate que les MSP sont automatiquement considérées comme des ESP, mais qu'il est aussi possible de constituer une ESP sans être une MSP.

4.11 Limite et bénéfice de l'étude :

Cette étude est originale par son sujet et pertinente par l'impact de ce sujet sur les évolutions des soins de premiers recours initiées par les politiques de santé actuelles et la nécessité d'évolution imposée par la société. En effet près d'un tiers de la population française souffre de maladies chroniques, maladies dont on mourait encore hier(23), et l'enjeu de ces prises en charge nécessite une vraie modification du parcours de santé de ces patients, de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Les CPTS rentrent pleinement dans la logique du virage ambulatoire avec la nécessité d'« *évolutions importantes de l'organisation des soins de premier recours* »(24). Cependant même si l'enquête confirme cette complexification de l'état de santé de la population et la volonté des professionnels d'y répondre, elle se limite à un petit échantillonnage sur un territoire donné. Elle montre justement qu'il n'y a pas de modèle type applicable partout mais que chaque structuration doit trouver son propre fonctionnement, s'adapter à l'histoire et aux spécificités de son territoire. C'est pourquoi il est important de transmettre les expériences en cours pour permettre à d'autres de s'en inspirer et nous espérons que ce modeste travail de thèse y contribuera.

5 Conclusion :

Ce travail est parti du constat initial que les textes réglementaires autour des CPTS étaient volontairement non cadrants pour laisser le champ libre aux professionnels de s'organiser. Ces CPTS ont pour but de répondre à la question de l'organisation du parcours de soins et de l'accès aux soins de premier recours.

Les futurs médecins généralistes vont être confrontés à la mise en place de cette structuration et devront y jouer un rôle actif. Afin d'en établir des modalités pratiques, ce travail a été réalisé à partir d'une démarche de recherche interventionnelle de type enquête-action. Ce modèle de recherche permet d'impliquer les acteurs de terrain et de créer une prise de contact et une réflexion sur les pratiques. Par la même occasion cela initie un début de transformation. Il a été réalisé onze entretiens semi directifs individuels auprès de médecins, de professionnels paramédicaux mais aussi d'élus locaux et d'acteurs administratifs jouant un rôle dans l'organisation d'une CPTS en milieu rural. L'analyse thématique a montré qu'il était essentiel de créer un lien et une dynamique interprofessionnelle. Pour cela il faut être en capacité de proposer un objectif commun, pragmatique et réalisable.

Cette dynamique doit être portée par un professionnel ayant du leadership pour fédérer les initiatives et motiver les participants. Il faut aussi savoir déléguer à toute l'équipe pour que le réseau puisse fonctionner par lui-même.

Enfin pour assurer la vie du réseau, il est primordial d'avoir une coordination tant administrative que médicale. Dans notre modèle de construction de CPTS, l'agent de développement avait fait un travail conséquent d'animation et de coordination notamment avec l'ARS. Il paraît important d'avoir une personne dédiée, formée et compétente pour réaliser ce travail de montage de dossier, de demande de subventions et d'organisation quotidienne des réunions et autres actions.

Ainsi, travailler sur la mise en place de réunions pluridisciplinaires autour des cas complexes, savoir écouter l'équipe, amener à la prise de décision collégiale, respecter le rythme de travail de chacun, rencontrer les professionnels du monde social et des aides à domicile pour créer du lien permettrait de faire converger les différentes équipes vers un travail commun qui aboutira à terme à la constitution d'une CPTS.

Clermont-Ferrand, le 16/5/2019
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le 16/05/2019
Le Président du Jury
Gilles CLEMENT

Références bibliographiques :

1. Article L1434-12. Code de la santé publique.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : mise en œuvre [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>
3. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? : 13.
4. Potvin L, Di Ruggiero E, A. Shoveller J. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. sept 2013;(425) : 13-5.
5. Alla F, Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. Santé Publique. 2015 ;27(3) : 303-4.
6. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty : a new start for primary health care - The Lancet [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur : <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2808%2961524-X/fulltext>
7. IRDES. Soins de santé primaires : Les pratiques professionnelles en France et à l'étranger [Internet]. 2018 [cité 29 nov 2018]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>
8. Article L1411-11. Code de la santé publique.

9. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
10. IGAS. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS [Internet]. 2018 [cité 24 janv 2019]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
11. ARS Auvergne Rhône Alpes. Schéma régional de santé 2018-2023 [Internet]. [cité 19 avr 2019]. Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-01/2018_PRS_SRSProjet.pdf
12. Masseron J-C, Battistoni J. Rénovation territoriale de l'offre de soins de premier recours : un défi pour la médecine générale exemple de la Basse-Normandie, les pôles de santé libéraux et ambulatoires. [S.l.] : s.n. ; 2011.
13. Tarayre J, Abballe X. Projet de réorganisation des soins de premier recours dans un territoire rural du Lot-et-Garonne : analyse de la dynamique du projet et des déterminants de réussite ou d'échec. [S. l.] : s.n. ; 2009.
14. URPS M libéraux H-F. Guide-CPTS-Haut-de-France [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2018/10/Guide-CPTS-A5.pdf>
15. Institut national du cancer. Recherche interventionnelle : enjeux et perspectives - Recherche interventionnelle [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-la-recherche/Recherches-en-sante-des-populations/Recherche-interventionnelle/Enjeux-et-perspectives>

16. PAPS ARA : Constituer une Équipe de soins primaires et/ou une Communauté professionnelle territoriale de santé [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/Constituer-une-Equipe-de-soins-primaires-et-ou-une-Communaute-professionnelle-territoriale-de-sante.42100.0.html>
17. Portail PIEROS [Internet]. Pieros. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur : <http://www.pieros.org/>
18. PFOSS. Données sociales en Auvergne Rhône Alpe [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur : https://www.pfoss-auvergne-rhone-alpes.fr/wp-content/uploads/2019/04/TBS_Plaquette_Region_2016.pdf
19. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur : <http://ireps-ara.org>
20. DOUILLER (Alain), et al. 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. 2e éd. Brignais : Le Coudrier ; 2015. 175 p. (Outils pour la santé publique).
21. Commission jeune médecin du CNOM. Enquête sur les déterminants à l'installation : des freins à lever pour accompagner les internes et jeunes médecins à exercer dans les territoires [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_cp_installation_jeunes_medecins.pdf
22. Code de la santé publique - Article L1411-11-1. Code de la santé publique.
23. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Maladies chroniques - Éditions Odile Jacob [Internet]. www.odilejacob.fr. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur :

https://www.odilejacob.fr/catalogue/medecine/medecine-generale/maladies-chroniques_9782738135261.php

24. Planel M-P, Varnier F. Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé - Livre [Internet]. Les Presses de l'EHESP. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur : <https://www.presses.ehesp.fr/produit/fondements-virage-ambulatoire/>

Annexes :

Annexes 1 : Grille d'entretien :

Grille d'entretien :

« Comment passer d'un réseau local à une CPTS ? »

Anamnèse du collectif :

- Ressenti émotionnel
- Difficultés rencontrées
- Les points positifs

2009 : première proposition de MSP par la communauté de communes

2014 : élection mairie BLA nouvelle proposition MSP (programme politique)

2015 : mai : rédaction projet de santé

2015 : octobre : réunion pluri pro

2016 : Mars : création du collectif

2016 : ateliers équilibres

Le vécu actuel :

- L'utilité dans la pratique
- Les difficultés

Les projets d'avenir :

Serment d'Hippocrate : Version du CNOM

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Serment d'Hippocrate :

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural : questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquête auprès des acteurs

Résumé :

Introduction : Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées en 2016. Les textes étant volontairement non cadrants, les professionnels semblent avoir du mal à se structurer. Il existe de nombreux exemples de construction de CPTS. Sur le territoire rural du Bocage les élus locaux ont initié un travail sur la santé, en mettant à disposition un agent administratif pour aider les professionnels, ce qui a abouti à la constitution d'un collectif pluriprofessionnel. Ce collectif va dans un futur proche devoir évoluer vers une CPTS. Ce travail a pour but d'apporter une contribution, fondée sur l'analyse d'une expérience en cours, à la question : comment passer d'un réseau local de professionnels de santé à une CPTS en milieu rural.

Méthode : 11 entretiens semi directifs ont été menés auprès de 4 médecins, une diététicienne, un infirmier, 2 politiques, un agent administratif territorial, un agent administratif de l'ARS et une patiente. Une analyse thématique a été réalisée.

Résultats : Il est ressorti que les professionnels ne se connaissaient pas et qu'ils ont dans un premier temps créé un lien. L'agent administratif a assuré une animation de ce réseau et une coordination administrative essentielle. Elle a employé des méthodes d'animation du monde du travail et du monde agricole. Les perspectives d'avenir du pôle sont tournées vers la mise en place d'actions concrètes pour améliorer le parcours de soins et les soins des patients.

Conclusion : Pour mettre en place une CPTS, les trois éléments essentiels seraient, d'après ce travail, la création d'une dynamique de groupe et d'un lien interprofessionnel, la nécessité d'avoir un professionnel leader et un coordinateur formé aux méthodes d'animation et sensibilisé au monde de la santé.

Mots Clefs :

- Communauté Professionnel Territorial de Santé - Coordinateur de soins primaires
- Réseaux de soins de premiers recours - Administration des services de santé
- Réseaux de soins ambulatoires pluriprofessionnels
- Organisations et économie des soins de santé
- Développement territorial de la santé