



HAL
open science

Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Souha Nassif

► **To cite this version:**

Souha Nassif. Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03392271

HAL Id: dumas-03392271

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03392271>

Submitted on 9 Dec 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



HAL
open science

Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Faculte de Medecine de Creteil, Souha Nassif

► To cite this version:

Faculte de Medecine de Creteil, Souha Nassif. Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03392271

HAL Id: dumas-03392271

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03392271>

Submitted on 21 Oct 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives | 4.0
International License

Au Dr Julien Le Breton, mon directeur de thèse, sans qui rien n'aurait été possible. Je le remercie de m'avoir fait confiance dès le début, avec toute la bienveillance et la gentillesse qu'on lui connaît.

Au Dr Laura Moscovia pour sa participation active tout au long du projet, sa contribution à l'analyse des résultats et sa relecture. Merci de m'avoir fait ouvrir les yeux sur une méthode de recherche, inconnue pour moi jusqu'alors, mais si enrichissante.

A Madame Camila Aloisio Alves, pour son travail également d'analyse et de relecture malgré la distance. Ce fut à un réel plaisir de travailler avec vous, toujours avec le sourire et la bonne humeur. Puissions-nous nous rencontrer bientôt.

Au Pr Jacques Citté, pour sa formation à l'approche qualitative au cours d'ateliers organisés à l'UPEC et sa participation à l'atelier organisé au congrès du CNGE,

Au Pr Vincent Renard, aux Dr Anas Taha, Dr Tan Trung Phan, Dr Badr Eddine Hicheur, Dr Hugo Lamy, Dr Irshad Daoud, Dr Emilie Ferrat, à Madame Corine Girard, et à Hooman Khademi (mon co-thésard), pour leur participation essentielle au groupe « pilote » et/ou au congrès du CNGE,

Ainsi qu'aux 59 médecins généralistes ayant participé à cet atelier, un grand merci.

A l'ensemble de mes professeurs et maîtres rencontrés durant ce long cursus, merci pour votre passion de l'enseignement et de la transmission de vos connaissances.

A mes parents, pour leur amour et leur soutien sans faille. Je leur dois tout.

A mon frère, pour ces moments de joie et de bonheur partagé. Ils seront encore nombreux.

A ma meilleure amie, merci de m'avoir supporté pendant ses 6 années de colocation à la fac, et de rester toujours présente malgré les années qui passent.

A l'homme qui partage ma vie, il n'y a pas de mots pour lui témoigner ma gratitude de m'apporter autant depuis tant d'années et de me soutenir envers et contre tout.

A l'ensemble de ma famille et de mes proches, merci d'être là et de faire partie de ma vie tout simplement.

GLOSSAIRE

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
CG	Cabinet de Groupe
CLS	Contrats Locaux de Santé
CME	Commission Médicale d'établissement
CMGF	Congrès Médecine Générale France
CMS	Centre Municipal de Santé
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSP	Centre de Santé Pluriprofessionnelle
DMP	Dossier Médical Partagé
ESMS	Etablissement et Service Médico-Social
ESP	Equipe de Soins Primaires
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HCAAM	Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMG	Interne de Médecine Générale
MCA	Maître de Conférence Associé
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage des Universités
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
SL	Seul(e)/Libéral(e)

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION	p. 5
MATÉRIEL ET MÉTHODES	p. 10
PRESENTATION DES RÉSULTATS	p. 13
1) Population de l'étude	p. 13
2) Organisation des résultats de l'analyse de contenu thématique	p. 15
3) Synthèse des résultats	p. 42
DISCUSSION	p. 43
1) Comparaison entre les objectifs des CPTS attendus par les MG et par les institutions..	p. 43
2) Analyse de ces résultats en fonction du profil des acteurs	p. 48
3) Forces et Limites de l'étude.....	p. 48
4) Confrontation aux données de la littérature internationale	p. 49
CONCLUSION.....	p. 54
BIBLIOGRAPHIE	p. 55
ANNEXES	
Annexe 1 : Recueil de données	p. 58
Annexe 2 : Guide d'entretien	p. 59
Annexe 3 : Focus Group n° 2 (choisi comme Focus Group type)	p. 60
Annexe 4 : Tableaux récapitulatifs des résultats de l'étude.....	p. 81

INTRODUCTION

L'organisation des soins ambulatoires en France est largement déterminée par les principes de la charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation. Cette activité libérale majoritaire coexiste toutefois avec d'autres services et structures de soins ambulatoires généralement organisées sur une base territoriale, soit à l'échelle municipale comme les services de soins infirmiers à domicile, soit à l'échelle départementale comme la protection maternelle et infantile. Ces structures peuvent également s'organiser au niveau hospitalier, comme l'hospitalisation à domicile, ou dépendre d'institutions spécifiques comme la médecine scolaire de l'éducation nationale ou les organisations dédiées aux soins urgents ou non programmés comme SOS médecins. Les soins ambulatoires sont donc largement développés en France et offrent une grande variété de services. Organisés selon différents niveaux, ils sont faiblement hiérarchisés, et inégalement répartis sur le territoire. Par conséquent, la coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille et, d'autre part, sur les modalités d'entente entre les différents professionnels (confiance, formation commune initiale, conventions plus ou moins explicites). Selon Bourgueil et al. 2009 (4), le système de santé français de soins primaires est donc « caractéristique d'un modèle professionnel non hiérarchisé ». Cependant les évolutions conjointes de l'épidémiologie (pénurie de médecins, augmentation des pathologies chroniques (en 2018, 11,1 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 18% des assurés(23)), des progrès techniques (développement de moyens de coordination), et de l'augmentation des coûts de la santé ont conduit les pouvoirs publics à engager depuis plus de vingt ans des réformes successives visant à rationaliser l'organisation des soins. C'est ainsi qu'après un long historique de lutte contre la tuberculose puis contre le SIDA, deux ordonnances d'avril 1996 introduisent le concept d'une organisation des soins en « réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques » pour « assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ». Puis la notion de dimension territoriale de l'organisation de l'offre de soins est apparue, initialement focalisée sur l'hôpital, avec la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire, elle s'est étendue au secteur ambulatoire par la création des unions régionales de médecins libéraux, des unions régionales des caisses d'assurance maladie, puis à un échelon plus fin, par le biais de l'organisation de la permanence des soins et les mesures mises en œuvre pour maintenir des médecins dans les zones déficitaires. La réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004,

qui incite fortement les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin de leur choix, a introduit un principe de hiérarchisation de l'accès au système de soins. Cette réforme constitue un tournant important puisqu'elle inscrit potentiellement les pratiques des médecins généralistes dans une logique populationnelle, recherchée. Cette dimension, à la fois territoriale et populationnelle, qui caractérise traditionnellement les systèmes de santé primaires, ouvre des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins de premiers recours et de pratiques dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, la coordination de soins et la réduction des inégalités de santé. Ainsi, deux caractéristiques des modèles de soins primaires ont été introduites dans le projet de loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. La première est une définition des soins de premiers recours qui semblent évoluer vers un modèle normatif hiérarchisé. La deuxième porte sur la reconnaissance des missions des médecins généralistes (MG) : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; et l'éducation pour la santé.

C'est dans ce contexte que l'on constate une évolution du mode d'exercice libéral par l'augmentation du taux de regroupement des médecins généralistes de secteur 1 selon une étude de la « Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques » de mai 2019 (21) montrant que 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, soit une augmentation de 7 points depuis 2010, l'exercice en groupe étant surtout choisi par les médecins les plus jeunes (81 % des moins de 50 ans). Le regroupement avec d'autres médecins généralistes est la situation la plus fréquente, et concerne 57% de l'ensemble des médecins libéraux généralistes, soit neuf médecins généralistes en groupe sur dix. Par ailleurs, 27% des médecins déclarent être en groupe avec des paramédicaux, 6% avec des médecins d'une autre spécialité que la médecine générale et 5% avec des chirurgiens-dentistes. Les professionnels de santé ont alors pensé plusieurs modes d'exercice groupé : des cabinets médicaux groupés ; des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) regroupant dans des locaux communs plusieurs professionnels de santé dont au moins deux médecins généralistes et un paramédical autour d'un projet de santé commun organisé après analyse du territoire ; des centres de santé (CDS) qui sont des équivalents de MSP mais avec une activité salariale avec une gestion organisée par des associations ou des collectivités territoriales ; des pôles de santé dont les règles de fonctionnement sont les mêmes que les MSP à la différence que l'exercice ne se fait pas forcément dans des lieux communs, et des équipes de soins primaires (ESP) rassemblant plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un

médecin généraliste, avec un projet de santé commun organisé à partir d'une patientèle. La loi de Modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (ou « loi Touraine ») (5) s'inscrit alors dans une ère de transformation de l'organisation du système de soins de premier recours, conçu actuellement pour répondre ponctuellement à la demande des patients souffrant de pathologies aiguës, vers un système plus proactif et continu en mesure d'assurer le suivi de patients souffrant de pathologies chroniques sur la base du « *Chronic Care Model* » (18), modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques développé aux États-Unis, regroupant des actions visant à générer des équipes de soins proactives et organisées, interagissant avec des patients informés et actifs. C'est ainsi qu'elle s'attache à répondre aux attentes exprimées par les professionnels de santé qui souhaitent promouvoir les soins primaires et l'amélioration de la structuration des parcours. Pour ce faire, elle a créé les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Les CPTS émanent des initiatives des acteurs de santé et en particulier des professionnels de santé de ville. Elles s'inscrivent dans une approche de responsabilité populationnelle. Ainsi le projet ne vise pas seulement à améliorer la réponse à la patientèle de chaque acteur, mais aussi à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. C'est ce qui les distingue fondamentalement des ESP. Les CPTS rassemblent donc des professionnels de santé, qui peuvent se regrouper sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, qui veulent s'organiser ensemble pour mieux travailler sur un territoire donné. Le projet de santé élaboré par les acteurs de la CPTS précise notamment les besoins identifiés pour organiser au mieux les parcours de santé, les actions proposées pour y répondre ou encore le territoire d'action de la communauté. Bien que le projet de santé des CPTS doit émerger des professionnels de santé, les institutions publiques attendent un certain nombre d'objectifs de la création des CPTS, comme le souligne le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (11), à savoir : la continuité des soins et l'organisation des soins non programmés ; l'égalité d'accès aux soins ; la prise en charge de certains publics fragiles en fonction du diagnostic territorial (personnes âgées, enfants et adolescents, personnes en situation de précarité,...) et la coordination avec les objectifs et projets en matière de santé mentale, notamment via les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ; l'amélioration de la qualité des soins, notamment le suivi spécifique de certaines pathologies chroniques en lien avec l'hôpital et/ou les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ; la prévention et l'éducation thérapeutique ; la garantie d'une organisation de l'accès au second recours et la

capacité à organiser collectivement, avec les établissements, le retour (ou le maintien) à domicile des patients ; l'organisation d'une réelle dynamique interprofessionnelle avec l'instauration de délégations de tâches ; la mise en place des outils informatiques « socles » de la coordination (Dossier Médical Partagé (DMP), messagerie sécurisée (MSSanté) ; la contribution à la formation initiale des professionnels de santé par l'accueil d'étudiants. De même, le rapport du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) (15) souligne nettement l'importance de « Faire du déploiement des CPTS une priorité » et leur fixe également des objectifs faisant échos aux missions du MG : « Le HCAAM considère que doivent au minimum être obligatoirement assurés dans une première étape les cinq services suivants : accès à un médecin traitant pour toute personne du territoire ; permanence des soins et prises en charge non programmées ; continuité des soins organisée ; orientation vers le bon niveau et le bon type de prise en charge en fonction des besoins ; dépistages et vaccination organisés. Dans un deuxième temps et au fur et à mesure de la maturation des CPTS doivent être assurés les services suivants : maintien à domicile des personnes âgées ; organisation de processus de prise en charge de différentes pathologies chroniques ; éducation thérapeutique pour les patients chroniques le nécessitant ; déploiement de programmes de santé publique. » Le gouvernement a fixé un objectif national de déploiement de 1000 CPTS d'ici 2022 pour couvrir le territoire national (1 CPTS pour 60 000 habitants) : les territoires ruraux (moins de 30 000 habitants, moins de 100 professionnels de santé) ; les territoires semi-ruraux et péri-urbains (entre 30 000 à 80 000 habitants, entre 100 à 300 professionnels de santé) ; et les territoires urbains (plus de 80 000 habitants). Pour ce faire, l'IGAS dévoile dans son rapport (11) une stratégie de déploiement des CPTS comprenant 13 recommandations à mettre en œuvre pour atteindre cet objectif ; dont la nécessité de définir au niveau national les impératifs que devront respecter les CPTS (Recommandation n°2).

Ces projets étant à « l'initiative des professionnels de santé », les MG, pivots du système de santé ambulatoire actuel, seront amenés, si ce n'est à conduire des projets, au moins à y participer, raison pour laquelle nous avons donc décidé d'étudier cette communauté professionnelle. En effet, selon SUDOC et Sciencedirect, il n'existe pour le moment aucune étude cherchant à expliciter l'avis des MG sur les CPTS. Seule, une thèse de 2017(14), a évalué l'utilisation d'un logiciel de coordination dans la mise en place d'une CPTS. Néanmoins, dans son « Manifeste pour un système de santé organisé » de mars 2019 (7), le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) déclarait que la médecine de première ligne « doit mailler le territoire et bénéficier d'une structuration dont les CPTS constituent aujourd'hui le niveau

d'organisation jusque-là manquant. » Ainsi, un comité de MG, appartenant aux sociétés savantes et aux syndicats de médecine générale, a rédigé, au nom du Collège de la Médecine Générale, un rapport (3) en septembre 2019, concernant les enjeux et les ressources des CPTS pour le médecin généraliste, afin de fournir quelques premiers éléments de réponse collégiale vis-à-vis des attentes des autorités. Les attentes des MG pourraient alors être le développement de réponses aux besoins non satisfaits (éducation thérapeutique en ville, interface médico-sociale, prise en charge psychologique, téléconsultation) ; la mise en place d'actions adaptées aux besoins et aux spécificités de la population du territoire ; la limitation des actions redondantes, la réduction des coûts des soins et des iatrogénies induites par des parcours inappropriés ; la favorisation de l'entraide entre professionnels de santé ; l'augmentation de l'attractivité pour les plus jeunes ; la création d'un lieu de rencontre et de (re-)connaissance des professionnels locaux du médical, médico-social et social ; et le déploiement de décisions stratégiques basées sur le consensus. Les points de vigilance pourraient, quant à eux, se manifester par un territoire devant rester à l'échelle humaine pour que les professionnels s'y connaissent ; la nécessité de ne pas imposer un nouveau mode de fonctionnement juridique aux structures d'organisation existant déjà (MSP, CDS) ; le besoin d'une contractualisation équilibrée entre la CPTS et les établissements sanitaires devant le risque du rôle des groupes hospitaliers territoriaux (GHT) dans la gouvernance des CPTS ; l'exigence de la patience à la mise en place de ces projets révolutionnant en profondeur les soins ambulatoires ; l'obligation d'une gouvernance pluriprofessionnelle des CPTS et non uniquement par les médecins ; la revendication du respect de l'indépendance ; et la réclamation d'un niveau de financement adapté au développement des missions.

Nous avons alors voulu recueillir les représentations des MG vis-à-vis de ce nouveau modèle d'organisation des soins primaires, pour comprendre quels sont les enjeux motivant leur implication dans le projet, et leurs réticences à y participer, notamment pour répondre à la question suivante : les missions attendues des CPTS par les institutions trouvent-elles un écho auprès des MG ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative par *focus groups* réalisés en mai 2019 et en novembre 2019. L'approche qualitative a été choisie car elle permet, selon Aubin-Auger et al. 2008 (2), d'explorer des notions subjectives, difficiles à mesurer, telles que les émotions, les idées créatives, les craintes et les espérances, et peut contribuer à une meilleure compréhension des déterminants des comportements des acteurs pour répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». Cependant, les données qualitatives ne peuvent pas fournir de renseignements en termes de prévalence et de relations de cause à effet, elles ne répondent pas aux questions de type « combien ? » ou « à quelle fréquence ? », et ne peuvent pas être généralisées à une population plus large. La méthode par *focus groups* a été préférée car, comme décrit par Marty L. 2011 (26), les entretiens de groupes ont l'avantage d'être interactifs, de réduire les inhibitions individuelles et de susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix.

Dans le cadre de notre projet, la mise en place de la méthode du *focus group* a commencé d'abord par une étape « pilote » qui a eu lieu à la faculté de médecine de l'Université Paris-Est Créteil (UPEC) le 15 mai 2019 avec pour participants 6 médecins généralistes faisant partis du Département de Médecine Générale de l'UPEC et une IDE libérale, tous porteurs d'un projet de CPTS : 2 projets aboutis sur les territoires du Val-de-Marne (à Sucy-en-Brie) et de la Seine Saint-Denis (à la Courneuve) ; et 3 projets en cours de construction sur les territoires du Val-de-Marne (à Saint-Maur-des-Fossés) et de la Seine-et-Marne (Coulommiers et Fontainebleau). La discussion a été menée selon 4 grandes thématiques prédéfinies à l'avance : les attentes des professionnels de santé vis-à-vis des CPTS, leurs craintes, leurs idées créatives, et les missions attendues des CPTS. Ce premier exercice a permis de construire un guide d'entretien (Annexe 2) pour enrichir les « focus groups » suivants, à l'aide des axes de recherche se dégageant du verbatim, à savoir les notions de « Territoire, Coopération, Communauté, Montage, Gouvernance, et Formation ».

Il a ensuite été décidé d'organiser les entretiens de groupes ultérieurs lors d'évènements permettant de rassembler de nombreux médecins généralistes au même endroit et au même moment, et venant de l'ensemble du territoire national, à savoir le congrès du CNGE de novembre 2019 et le Congrès de Médecine Générale France (CMGF) de mars 2020 (session finalement annulée pour ce dernier car impossibilité de mise en œuvre, liée au format digital instauré lors de la crise sanitaire de la COVID-19).

Un atelier a alors été organisé au congrès du CNGE à Nantes le 28 novembre 2019, au cours duquel 5 *focus groups* comportant 10 à 13 participants chacun, soit 59 au total, ont été animés par un animateur et un rapporteur (chargé de faire une synthèse de chaque groupe) selon la méthode éponyme des « chapeaux de Bono », décrite en 1985 (8), méthode de « pensée parallèle », non tributaire de l'argumentation et de la critique, qui rendent habituellement les méthodes de pensée traditionnelles conflictuelles et négatives. Elle organise la réflexion selon six points de vue - ou modes de pensée - symbolisés par des chapeaux de couleurs différentes : les faits (chapeau blanc), les émotions et les intuitions (chapeau rouge), les risques et la critique (chapeau noir), les avantages (chapeau jaune), la créativité (chapeau vert), la prise de recul (chapeau bleu). Ces six chapeaux permettent de clarifier les raisonnements, de surmonter les travers personnels, de sortir des cadres de réflexion habituels et de trouver des solutions réellement inédites. L'atelier d'1H30 a donc débuté en grand groupe par une présentation du sujet avec les faits (contextualisation - 15 min), puis répartis en groupes les participants ont été invités à exprimer : émotions (10 min : impressions, sentiments, intuitions), créativité (10 min : idées innovantes, inspirations, inventions), pessimisme (10 min : risques, objections, inconvénients), et optimisme (10 min : critiques positives, rêves, espoirs) ; le guide d'entretien ayant permis d'alimenter les discussions. Une dernière séquence en grand groupe a permis de présenter une synthèse de chaque groupe par le rapporteur, chaque groupe ajoutant les éléments supplémentaires à ceux précédemment cités, dans l'objectif de canaliser les idées et identifier les solutions à retenir (synthèse- 30 min).

Les caractéristiques des participants ont été recueillies à l'aide de questionnaires distribués en début de séance (Annexe 1) : âge, sexe, zone géographique, mode d'exercice, activité d'enseignement et de recherche, et positionnement vis-à-vis d'un projet de CPTS. Les entretiens de groupes ont été enregistrés vocalement après accord des participants puis retranscrits sous forme de texte ou verbatim pour réaliser leur analyse selon un codage ouvert permettant un traitement sémantique par thématique catégorielle des données via le logiciel NVIVO 12, et selon la technique de triangulation (Aubin-Auger et al. 2008 (2)) qui permet de comparer les résultats obtenus à partir de plusieurs sources de données (entretiens entre thésard et enseignants) afin de garantir la validité interne de l'étude.

Une première analyse des résultats organisée selon les données tirées du premier *focus group* en « freins et leviers » dans différentes catégories de « coopération, gouvernance, missions et territoire » a montré sa faiblesse devant l'ambivalence des sentiments des médecins généralistes vis-à-vis des CPTS, ayant pour conséquence de nombreuses redondances. Un autre cadre

d'analyse des résultats en fonction des objectifs attendus listés par le rapport IGAS (11), a montré également ses limites du fait de l'importance dans le verbatim des conditions de mise en place des CPTS évoquées par les acteurs de santé de terrain que sont les MG participants aux *focus groups*. Il a alors été décidé de présenter les résultats en suivant le déroulé de la discussion selon les « chapeaux de Bono » à savoir, les 4 grandes thématiques : émotions, créativité, pessimisme et optimisme. Ceci afin de mieux respecter la richesse du contenu du « verbatim » et de ne perdre aucune information.

Nous allons donc ensuite vous décrire la population de l'étude puis vous présenter les résultats selon une analyse de contenu thématique suivant les 4 grands thèmes précédemment cités. Des verbatims illustrent les propos du travail d'analyse et ils seront identifiés avec les informations concernant le sexe (homme : H, femme : F), l'âge (ex : 55A), le territoire d'exercice (rural : R, semi-urbain : SU, urbain : U), le mode d'exercice (MSP, CG, CMS, IMG, SL), l'activité d'enseignement (présente : E+, absente E-), de recherche (présente : R+, absente R-), et le positionnement vis-à-vis du projet CPTS (Porteur ou Participant : P+, Non porteur ou participant : P-). Cette analyse est bien sûr à mettre en relief avec mon parcours, c'est-à-dire un internat de médecine générale en Île-de-France où j'ai pu constater d'une part un manque de lien entre la ville et l'hôpital durant mes stages hospitaliers et d'autre part des difficultés en tant que jeune médecin, sans carnet d'adresses, pour coordonner l'accès au second recours des patients vus en autonomie durant mon stage ambulatoire. J'ai alors souhaité travailler sur la notion de coordination des soins, par conviction de son intérêt pour l'amélioration de la qualité des soins.

RÉSULTATS

1) Population de l'étude

	Tableau1. Caractéristiques des participants
Sexe	- Hommes : 45 (76,3 %) - Femmes : 14 (23,7 %)
Âge	- 26-37 ans : 17 (30,4 %) - 37-48 ans : 19 (33,9 %) - 48-59 ans : 10 (17,9 %) - 59-70 ans : 10 (17,9 %) (3 données manquantes)
Année d'installation	- 1981-1992 : 12 (25,0 %) - 1992- 2003 : 8 (16,7 %) - 2003-2014 : 21 (43,8 %) - 2014-2025 : 7 (14,6 %) (11 données manquantes)
Régions d'exercice	- Occitanie : 10 (17,5 %) - Auvergne-Rhône-Alpes : 8 (14,0 %) - Hauts-de-France : 6 (10,5 %) - Île-de-France : 6 (10,5 %) - Provence-Alpes-Côte d'Azur : 6 (10,5 %) - Nouvelle Aquitaine : 5 (8,8%) - Bourgogne-France Comté : 3 (5,2%) - Bretagne : 3 (5,2%) - Grand-Est : 3 (5,2%) - DOM-TOM (<i>La Réunion/Mayotte et La Martinique</i>) : 2 (5,2%) - Pays de la Loire : 2 (3,5 %) - Normandie : 2 (3,5 %) - Centre-Val de Loire : 1 (1,8%) - Corse : 0 (2 données manquantes)
Type de territoires	- Ruraux (<30 000 habitants) : 30 (52,6 %) - Semi-Urbains (30 000 – 80 000 habitants) : 11 (19,3 %) - Urbains (> 80 000 habitants) : 16 (28,1 %) (2 données manquantes)
Mode d'exercice	- Maison de Santé Pluriprofessionnelle : 25 (43,1 %) - Cabinet de Groupe : 13 (22,4 %) - Cabinet de Groupe / Maison de Santé Pluriprofessionnelle : 1 (1,7 %) - Centre municipal de Santé : 6 (10,3%) - Interne de Médecine Générale : 5 (8,6 %) - Seul(e) Libéral(e) : 5 (8,6%) - Seul(e) Libéral(e) / Cabinet de Groupe : 1 (1,7 %) - Médecin Généraliste salarié : 1 (1,7 %) - Médecin Généraliste retraité : 1 (1,7 %) (1 donnée manquante)
Secteur	- Secteur 1 : 50 (98,0 %) - Secteur 1 et 2 : 1 (2,0 %) (8 données manquantes)
Secrétariat	- Présence : 50 (98,0 %) - Absence : 1 (2,0 %) (8 données manquantes)
RDV	- Avec RDV uniquement : 30 (58,8%) - Sans RDV uniquement : 1 (2%) - Avec et sans RDV : 20 (39,9%) (8 données manquantes)

Nombre de patients	-150-720 : 6 (14,6 %) -720-1290 : 20 (48,8 %) - 1290-1860 : 10 (24,4 %) -1860-2430 : 3 (7,3 %)- 2430-3000 : 2 (4,9 %) (18 données manquantes)
Nombre moyen d'actes/an	- 500-2400 : 1 (2,9 %) - 2400-4300 : 12 (35,3 %) - 4300-6200 : 14 (41,2 %) - 6200-8100 : 7 (20,6 %) (25 données manquantes)
Activité d'enseignement	- Maître de Stage des Universités : 18 (31,0 %) - Enseignant : 7 (12,1 %) - Maître de Stage des Universités/Enseignant : 19 (32,8 %) - Maître de Conférences Associé : 1 (1,7 %) - Maître de Stage des Universités/de Conférences Associé : 1 (1,7 %) - Aucune : 12 (20,7 %) (1 donnée manquante)
Activité de recherche	- Investigateur : 21 (36,8 %) - Chercheur : 7 (12,3 %) - Investigateur/Chercheur : 6 (10,5 %) - Aucune : 23 (40,4 %) (2 données manquantes)
Projet de CPTS	- Porteur : 22 (37,2 %) - Participant : 7 (11,9 %) - Existant sur le territoire : 5 (8,5 %) - Découverte : 25 (42,4 %)

Les caractéristiques des participants recueillies par questionnaires (*tableau 1*) montraient :

- une majorité d'hommes (76,3%), versus 54% au niveau national (28), un âge moyen entre 26 et 48 ans (64,3%), pour une moyenne nationale de 51 ans (28) et une année moyenne d'installation entre 2003 et 2014 (43,8%) ;
- une représentation de l'ensemble du territoire national (hormis la Corse) mais toutefois de nombreux participants (42,1%) venant du Grand Sud-Est français (Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, et Provence-Alpes-Côte d'Azur), 2^{ème} région ayant la plus grande densité en MG (20) ;
- des territoires d'exercice plutôt ruraux (<30 000 habitants selon IGAS (11)) (52,6%) comparés aux 40,4% de la population nationale vivant dans des territoires de moins de 20 000 habitants (représentant 90,6% des communes de France) (29);
- une large majorité exerçant en MSP ou en cabinet de groupe (67,2%), mais, pour rappel, 61% des médecins généralistes libéraux exercent en groupe au niveau national (6) ;
- un nombre moyen de patients entre 720 et 1860 (73,2%) pour une moyenne nationale de 1976 patients (24) ; correspondant à des territoires d'exercice plutôt ruraux (24/30 soit 80,0%) avec un nombre moyen d'actes/an entre 2400 et 6200 (76,5%) versus 5533 en nationale (24) ;
- une majorité d'enseignants et de MSU (79,3%), d'investigateurs et de chercheurs (59,6%) ;
- mais une répartition équitable entre MG déjà impliqués dans un projet de CPTS (49,1%) et ceux en réflexion sur le sujet ou venus le découvrir (50,9%).

2) Analyse de contenu thématique

2.1) *Chapeau rouge* : « *De l'enthousiasme à la peur, que d'émotions !* » (Figure 1)

2.1.1) Curiosité, Excitation, Enthousiasme

De nombreux participants ont exprimé les sentiments de « Curiosité, Excitation, Enthousiasme » du fait de l'exaltation du travail à plusieurs, de participer à une collectivité (« *Du coup moi ce que je ressens quand on parle de CPTS, c'est un peu comme une excitation, de travailler en groupe sur une population, le développement de la santé publique sur un territoire, ça me parle beaucoup.* » H,30A,U,CG,E-,R-,P-) ; et de l'excitation de la nouveauté, l'envie de découvrir ce qu'est une CPTS et son impact futur (« *Justement moi je venais voir comment on peut créer ça ou intégrer une CPTS et voir l'impact que ça allait avoir.* » H,26A,IMG,E-,R-,P-).

2.1.2) Espoir et Motivation

La CPTS suscite également « Espoir et Motivation » devant une intention des institutions ressentie comme positive, de l'impression de la légitimité de la démarche CPTS, de l'idée d'une possible démocratisation de la médecine, d'une possible réponse des CPTS au changement de comportement des patients vis-à-vis du soin (attitude de consommateur).

2.1.3) Ambition

On note également une « Ambition » à travers la nécessité d'être force de proposition et de construire à l'image des soins. Mais aussi le désir de ne pas reproduire les erreurs du passé, à savoir prendre part trop tard aux transformations du système de soins et perdre du pouvoir décisionnel (« *Dans notre histoire de médecin, chaque fois qu'il y a eu des transformations, on avait du mal à s'en emparer et à dire "c'est à nous et on va en faire ce qu'il faut". Et donc du coup à chaque fois on s'est retrouvé à courir après les transformations et pas à en être acteur.* » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+)

2.1.4) Incertitude, Confusion, Doute, Perplexité

De nombreuses réflexions ont porté sur le thème de « l'Incertitude, la Confusion, le Doute, la Perplexité » à travers notamment :

- des objectifs incertains : crainte de l'incertitude du résultat final du projet de CPTS (« *il y a l'anxiété, le stress de savoir ce que ça va donner, dans le sens où on nous propose, je pense à un beau cadeau avec un bel emballage. Après à l'intérieur on sait pas trop*

ce qu'on va trouver, et on savait pas trop ce que nous on va réussir à faire. » F,31A,SU,CMS,E+,R+,P+) et un sentiment d'absence de changement en profondeur des soins primaires mais uniquement une formalisation théorique de pratiques déjà existantes adaptées au territoire (« Tous les axes qui sont développés, c'est ce qu'on fait déjà, faire du soin non programmé, de la prévention. Donc j'ai la sensation que c'est plutôt une formalisation un peu théorique de ce qu'on fait déjà en pratique. [...] c'est juste de l'adaptabilité populationnelle et territorial à nos activités.» H,37A,R,MSP,E+,R+,P+) ;

- l'ambivalence entre envie de participer au projet et crainte de sa difficulté de mise en place (« On nous dit que c'est rapide, faut y aller rapidement mais comment? Je veux dire finalement on nous laisse comme ça avec beaucoup de frustrations. À la fois, il faut y aller, en même temps ça semble compliqué. » H,41A,R,CG,E+,R+,P+).

2.1.5) Peur, Crainte : Mais le sentiment de « Peur, Crainte » a été très largement partagé, dont nous décrivons le détail ultérieurement.

2.1.6) Contrainte et Verticalité

Peur principalement du sentiment de « Contrainte et de Verticalité » par impression d'injonction de coordination : sentiment négatif d'être pressé à la création de CPTS par l'objectif politique 2022 décourageant les professionnels de santé (« Ce qui me pose souci c'est le timing en fait qu'on nous impose [...]. Je pense que si on nous mettait moins la pression au niveau temps, ce serait mieux... » F, ?A,R,MSP,E+,R-,P-).

Mais également, le sentiment d'être pressé à la création de CPTS par le risque de main mise par d'autres professionnels de santé ou structures (« Je me dis si moi je ne l'a créé pas, ça va être créé par quelqu'un d'autre, parce qu'il y a d'autres gens qui sont intéressés. » H,40A,SU,MSP,E+,R-,P-).

Et le sentiment ambivalent d'adhésion aux enjeux mais de non-adhésion à la façon de les mettre en place par les institutions, vécue comme une injonction à la vitesse de mise place sans avoir le temps de construire à partir du terrain, contrairement aux MSP (« À la fois je vois bien certains enjeux, et à la fois la façon dont on s'y prend pour atteindre ses enjeux, me déplaît fortement. Cette injonction au nombre, cette injonction à aller vite est complètement contradictoire avec partir du terrain, convaincre, travailler, labourer. C'est ce qu'on a fait avec les MSP et on sait tous qu'on a mis 10 ans. » F,41A,R,MSP,E+,R+,P-).

2.1.7) Epuisement

Enfin, pour ceux déjà engagé dans des projets de MSP, réseaux ou cabinets de groupe, le sentiment d'« Epuisement » semble freiner leur participation aux CPTS : « *Moi j'ai le sentiment d'être épuisée, fatiguée, et d'être sur le quai de la gare, de voir passer le train et de me dire "bon tu sautes dans le wagon ou tu sautes pas ?". Donc est-ce qu'on y va, est-ce qu'on y va pas? » F,41A,U,MSP,E+,R-,P-*.



Figure 1. *Chapeau rouge* ou « Emotions »

2.2) *Chapeau vert* : « *De l'idée du projet aux idées du projet* » (Figure 2)

2.2.1) Aides des tutelles

Les aides des tutelles sont apparues comme un réel soutien des institutions pour monter le projet pour de très nombreux participants ; notamment en déléguant à l'ARS ou à la CPAM le soin d'organiser les réunions de présentation du projet en s'appuyant sur leur carnet d'adresses pour faire émerger un groupe de professionnels de santé motivés ; et par une certaine souplesse et adaptation au territoire des aides proposées par les institutions, qui sont perçues néanmoins de qualité variable lorsqu'elles proviennent de sociétés privées de gestion (« *Moi mon fantasme en termes de créateur, c'est qu'on soit des partenaires avec ces institutions. On monte le projet de santé, on met le cahier des charges techniques, mais la gestion, les ressources, les appels d'offres pour qu'on mette en place les outils, c'est pas notre problème, c'est l'affaire de l'ARS ou la CPAM.* » H,57A,R,MSP,E+,R-,P+).

2.2.2) Coordinateur

La fonction du coordinateur de la CPTS semble être indispensable. Il est souvent préféré de cursus administratif, avec un statut particulier de consultant auto-entrepreneur, avec néanmoins l'aide d'un bureau décisionnel de médecins pour développer des projets de soins (« *Je ne vois pas ça forcément comme un médecin généraliste qui chapeaute le tout, mais plutôt comme un bureau décisionnel, à la rigueur avec les médecins qui participent aux décisions, mais chapeauté par un administratif, ou je sais pas, une sorte de coordinateur, de super coordinateur de santé.* » H,30A,U,CG,E-,R-,P-). En effet, de nombreux participants ont noté la nécessité d'un professionnel dont le métier consiste à manager une équipe et organiser un réseau. Ainsi ils ont suggéré de choisir un coordinateur avec une formation de Master en Santé Publique car les médecins généralistes ne sont pas formés à la conception de projets de santé (« [...] *depuis qu'on a notre coordinatrice, il y a toute une partie de ma charge mentale qui est évacuée parce que c'est elle qui gère tous les projets, qui gère tous les professionnels, les réunions, les problèmes [...]* » H,61A,SU,MSP,E+,R+,P+). Toutefois, certains ont évoqués l'avantage de choisir un médecin comme coordinateur du fait de leur connaissance du milieu hospitalier et du premier recours.

2.2.3) S'appuyer sur toutes les compétences

La CPTS apparaît alors très nettement comme un moyen de s'appuyer sur toutes les compétences de l'ensemble des professionnels de santé en s'appuyant sur la motivation, la disponibilité et l'expertise de terrain des professionnels de santé non-médecins.

« on va pouvoir s'appuyer sur nos collègues professionnels de santé qui ne sont pas médecin. Parce que nous on est déjà épuisé avant de partir. Mais nous avons, les infirmiers, les kinés, ils ont beaucoup d'idées, les cadres de santé sont d'origine infirmière, c'est leur métier. Donc ça va être tout à fait complémentaire et ça fait partie de l'excitation, de pouvoir travailler avec eux, pour qu'ils aient leur mot à dire et qu'ils influent sur cette gestion du territoire. » (H,57A,R,MSP,E+,R+,P+)

En effet, il apparaît clair qu'il est nécessaire de trouver des porteurs de projet et de mener une réflexion en groupes de travail pour la création de la CPTS, donc de se rendre disponible en améliorant son réseau pour prendre part aux décisions, et pourquoi pas recruter des remplaçants pour libérer des créneaux dédiés à la création des CPTS (en particulier pour les médecins généralistes travaillant en territoire prioritaire).

Il serait également intéressant de se servir de l'expertise de terrain, du développement de la filière universitaire et des structures de soins de coordination déjà existantes et notamment de l'expérience des MSP pour bâtir la CPTS plus facilement et plus rapidement. *« Je pense que nous avons une opportunité. Nous avons quand même vu le développement, de la filière universitaire “la médecine générale”. Nous sommes des acteurs de terrain qui sommes tous impliqués, engagés dans le soin, dans la formation, dans la recherche, et à ce titre-là nous avons notre rôle à jouer pleinement et par rapport à ce que c’était il y a 20 ans quoi. Après, les CPTS il y a 20 ans, y’avait pas les forces structurées à l’époque pour le faire, je pense qu’aujourd’hui y’a quand même le maillage qui existe. »* (H,57A,R,MSP,E+,R+,P+)

On peut également penser à s'aider des partenaires locaux pour fédérer corporation par corporation, éventuellement de s'appuyer sur le CLS, et créer un partenariat avec les ACI pour l'organisation de la structure et la gestion financière.

De même, l'expérience des anciens installés peut être un atout (*« On a effectivement plus d'expérience, plus d'idées. On a un vécu qui va nous aider à organiser, et d'ailleurs on prend tous la tête des CPTS. »* H,52A,R,MSP,E+,R+,P+) pour diriger du fait de leur connaissance du territoire et permettre également un parrainage, un relai professionnel par les aînés pour les jeunes installés, attendus pour leur énergie et leur idéalisme (*« Moi ce qui me plaît chez les jeunes, c'est qu'ils ont de l'idéal, et c'est à nous à donner du grain à moudre à leur idéal, et quand on le fait ça marche toujours. Mais ils peuvent pas savoir en arrivant quelque part où se situent les besoins. »* H,57A,R,MSP,E+,R+,P+), et dont la participation aux projets semble nécessaire pour préparer leur avenir et éviter l'ingérence.

De plus, les structures de soins privés semblent y trouver un intérêt particulier : *« Et les établissements privés, [...] sont très intéressés, surtout s'ils sont établissement-pivot sur un bassin de santé. »* H,57A,R,MSP,E+,R+,P+.

Enfin, les compétences des professionnels du management responsables de la communication et de la gestion (*« C'est-à-dire dans une CPTS, employer des gens qui sont là pour faire de la communication, qui sont là pour faire de la qualité, qui sont là pour faire de l'organisation. »* H,41A,R,CG,E+,R-,P+) peuvent être utilisées pour le montage, la structuration positive des soins primaires et l'évaluation du fonctionnement des CPTS (ex : étudiants en master d'ingénierie de santé) pour éviter l'épuisement des médecins généralistes.

2.2.4) Développement d'outils de coordination

Le développement d'outils de coordination constitue un pan important de la formation des CPTS, notamment par :

- un DMP comme outils de communication avec les autres professionnels de santé et l'Hôpital, contenant les examens complémentaires, incrémenté automatiquement avec des informations, des documents gérés par le patient, et un « logiciel-métier » comme simple support de prise de notes, mais néanmoins la nécessité d'une interopérabilité de ces « logiciels-métiers » médicaux (*« que nos logiciels-métiers soient des logiciels de prises de notes individuelles, mais qu'après le dossier médical soit géré par le patient, [...] et après chacun va puiser. » F,41A,U,MSP,E+,R-,P-*) ;
- un numéro unique pour coordonner les soins non-programmés et les soins pluridisciplinaires ;
- l'utilisation des annuaires-santé des MSP ;
- une application avec dossier de patient sous forme de carte heuristique et interface pour chaque professionnel de santé (car difficulté de mettre en place un « logiciel-métier » identique pour tous les professionnels de santé) ;
- une plate-forme d'agenda partagé pour les soins non-programmés pour améliorer l'accès aux soins des patients et compléter les agendas des médecins généralistes ;
- l'utilisation des outils de téléconférence ;
- le développement de la téléconsultation pour améliorer la fluidité des parcours de soins ;
- le développement d'équipes mobiles de soins primaires ;
- le partage national des outils créés par les différentes CPTS (*« je trouve, qu'il faudrait qu'on ait des outils, transmis pour toutes les CPTS, parce que finalement les initiatives locales doivent pouvoir être transmises à tout le monde. » H,35A,U,MSP,E+,R+,P-*) ;
- des réunions interprofessionnelles pour partager des documents afin d'améliorer notamment l'éducation thérapeutique ;
- le développement d'un réseau social entreprise (*« Le réseau social entreprise c'est vraiment à développer. C'est un Facebook de la CPTS, donc c'est à dire en accès fermé avec hébergées des données de santé donc sécurisées, et là-dessus on échange en groupe. » H,40A,U,MSP,E+,R+,P+*) ;
- une création de CME ;
- un séminaire annuel géant ;
- et même pourquoi pas un emblème pour marquer l'appartenance à une communauté.

2.2.5) Formation au management

Enfin, le déploiement des CPTS ouvre la voie à la formation au management pour les médecins, et la possibilité d'inclure ces formations pendant les études médicales pour apprendre à gérer une CPTS comme une entreprise (« *Après il faudra probablement que tout le monde puisse se former, que ce soit aussi en termes de management, à comment coordonner des équipes, à ce genre de chose.* » H,53A,U,MG salarié,E-,R-,P-)

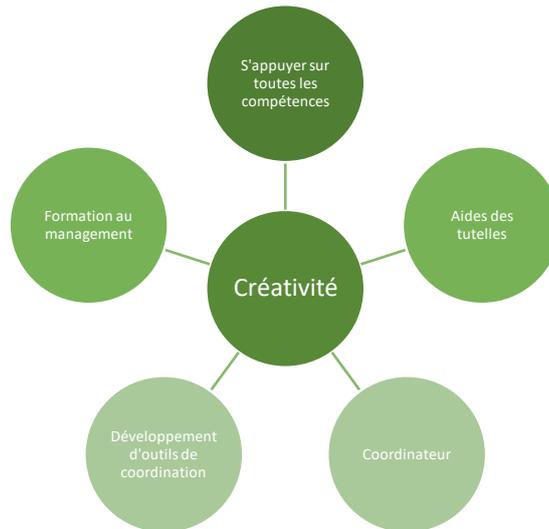


Figure 2. *Chapeau vert* ou « Créativité »

2.3) *Chapeau noir* : « *Le blues du médecin généraliste* » (Figure 3)

Si l'inventivité a permis de dégager de nombreuses innovations possibles aux soins de premier recours via les CPTS, elles sont également la source de nombreuses craintes pour les MG interrogés.

2.3.1) Complexité de mise en place et de fonctionnement

En effet, de nombreux participants ont évoqué sa potentielle complexité de mise en place et de fonctionnement, notamment car elles impliquent des contraintes administratives en pratique qui se manifestent par :

- une augmentation de la surcharge de travail (« *comme vous tous ici je pense qu'on n'a beaucoup de temps disponible, donc l'inquiétude que j'ai, elle porte sur le temps que ça peut prendre d'un engagement encore.* » H,42A,R,CG,E+,R+,P+) ;

- la crainte d'une lourdeur administrative basée ou non sur des expériences passées, pouvant amener à une perte du temps de soin, et sans garantie d'un retour sur investissement (« *Et ma dernière crainte, c'est le temps hors soins. Ça veut dire que j'ai peur qu'on devienne des espèces de bureaucrates, à faire des réunions, à faire des concepts, définir l'organisation. Moi je suis pas politicienne, je suis soignante.* » F, ?A,MSP,E+,R+,P-);
- la crainte de la mise en place d'une organisation à un niveau supérieur s'appuyant sur l'expérience récente des difficultés à monter les MSP (« *les craintes, c'est que déjà pour monter une MSP, c'est compliqué [...] et là on nous demande, un peu à marche forcée, de monter une marche supplémentaire et s'organiser.* » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+);
- l'impression d'un millefeuille administratif («*Autre chose qui me paraît inquiétant, c'est la création d'une nouvelle strate, j'ai l'impression qu'on va se retrouver avec un millefeuille administratif comme on peut voir les dégâts actuellement à l'hôpital.*» F, ?A,R,MSP,E+,R-,P-);
- la crainte des contraintes administratives pour le développement de projets (« *c'est très complexe pour développer un projet d'éducation thérapeutique, ça devient très complexe car les contraintes administratives deviennent préoccupantes.* » H,37A,SU,CMS,E+,R-,P+);
- l'incertitude sur le moment où les contraintes administratives vont apparaître (« *les derniers avis que j'ai eu auprès de mes confrères qui sont dans des structures, c'est que l'on sait pas trop à quel moment la contrainte va venir.* » H,45A,R,MSP,E+,R+,P+);
- et l'incertitude sur la structure juridique des CPTS.

Mais aussi le cadre territorial qui peut également être perçu comme rigide, illustré par la crainte :

- d'un cloisonnement du territoire restreignant le réseau du MG au territoire défini ;
- d'une sectorisation de la médecine générale limitant le choix et l'accès au praticien pour le patient « *[...]la sectorisation, à mon niveau d'interne, j'en ai un petit peu peur. C'est-à-dire, telle personne vient de tel endroit, "ah bah non je m'en occupe pas parce que ce sera cette CPTS là".* » (H,26A,U,IMG,E-,R-,P-);
- d'une immuabilité du territoire décrit par la CPTS avec un vrai questionnement sur la possibilité ou non de juxtaposition des projets et de prendre part à plusieurs projets de CPTS pour les professionnels de santé (« *Moi j'ai l'impression d'être très frustré pour le moment parce que j'avais 1 ou 2 projets aussi de programme de CPTS. On a l'impression qu'il y a qu'une seule*

CPTS qui doit être fait par territoire. Sauf que si on garde la CPTS qui existe chez nous, on va pas pouvoir faire quelque chose en plus sur d'autres projets. » H,41A,R,MSP,E+,R+,P-) ;

- et d'une possible obligation d'intégrer la CPTS du territoire à l'arrivée d'un nouveau professionnel de santé (*« Derrière se pose aussi la question de l'intégration des nouveaux professionnels de santé arrivant dans une CPTS. On parlait de gouvernance, est-ce que s'installer sur un territoire veut dire forcément adhérer à une CPTS ? » H,26A,U,IMG,E-,R-,P).*

De même, les besoins et capacités de coordination diffèrent en fonction du territoire car :

- le besoin de coordination peut être ressenti comme non indispensable sur certains territoires (*« il n'y avait pas besoin de coordination sur ce bassin de population parce qu'on est sur une ville où tout le monde se connaît plus ou moins dans le quartier. » H,62A,SU,MSP,E+,R+,P-) ;*

- le respect par les patients du cadre territorial des CPTS des grandes villes peut être difficile du fait d'un plus large choix de praticiens (*« C'est vrai que dans les grandes villes, c'est particulier, parce que le choix du patient est beaucoup plus grand, de choisir son praticien, d'aller dans l'arrondissement d'à côté. » H,41A,R,CG,E+,R-,P+) ;*

- et le doute sur la faisabilité de la mise en place de nombreuses CPTS rapidement sur des territoires sans expériences de structures de coordination de soins préexistantes.

Puis, les conséquences de différence de taille du territoire des CPTS ont été débattues, notamment par :

- la crainte de la compétition des CPTS selon leur dimension pour leur reconnaissance vis à vis des institutions (*« Ma crainte c'est que celui qui aura réussi à réunir [...] un territoire avec un grand nombre de personnes, va imposer ses projets, et son système d'organisation, à ceux des tout-petits territoires qui seront à 6000 personnes. » F,41A,U,MSP,E+,R-,P-) ;*

- la crainte de l'implication de la taille importante du territoire pour la gestion de la CPTS (*« j'ai peur que le territoire soit énorme. Déjà c'est compliqué à gérer 4 communes.» H,47A,R,MSP,E+,R+,P+) ;*

- la crainte d'une perte d'intérêt en territoire urbain par découpage par arrondissement (*« Je pense qu'une moyenne ville, ça fonctionne très bien, cette échelle de CPTS. [...] je regarde l'exemple parisien, je crois qu'ils montent une CPTS par arrondissement, [...] c'est pas forcément l'objectif que ce soient des secteurs à la rue près. » H,35A,U,MSP,E+,R+,P-) ;*

- et une interrogation sur la taille idéale de la CPTS pour garder son efficacité et ne pas laisser la gestion administrative prendre le dessus.

De plus, les MG ont souligné la rareté des personnes ressources freinant le développement des CPTS, notamment due à l'épuisement des personnes déjà porteuses de projets (« *on sait que c'est toujours les mêmes motivés qui font tout, et les autres qui attendent ou qui ne participent pas.* » H,38A,R,CG/MSP,E+,R+,P+), et accentuée par la crainte du passage de relais de ces personnes au moment de la cessation de leur activité (« *quid de la disparition des locomotives quand ils seront soit trop vieux, soit en retraite ou démotivés. Est-ce que quelqu'un reprend derrière ?* » H,64A,R,CG,E+,R+,P+).

De surcroît, des craintes liées au financement ont été pointées du doigt, en particulier :

- celle de la difficulté du démarchage des institutions pour obtenir des financements (« *Ma crainte, c'est principalement administratif, aller faire les démarches, aller voir les ARS, [...] et devoir démarcher pour ne serait-ce qu'avoir des informations ou mettre en place des choses, ou aller grappiller pour avoir des subventions*» H,38A,R,MSP,E+,R+,P-);

- de la disparition de l'exercice libéral au profit du salariat ;

- et surtout d'un financement par indicateurs, ayant pour conséquence un contrôle financier déguisé des institutions (« *On a déjà les centres de santé, MSP, un contrôle financier avec les enveloppes financières, on a des comptes à rendre. Les CPTS ça va être pareil.* » H,38A,R,MSP,E+,R+,P-) avec des récompenses uniquement contre objectifs remplis, et donc des différences de financement en fonction des indicateurs choisis par la CPTS (« *la question c'est certes on va être limités par les indicateurs, mais en plus ça va rejaillir sur nos financements si nos indicateurs ne sont pas les mêmes.* » H,37A,R,MSP,E+,R+,P+).

Enfin, certains ont exprimé une crainte concernant la qualité de la formation des nouveaux métiers de la coordination.

2.3.2) Difficulté à comprendre la place de la CPTS parmi les autres structures de coordination de soin préexistantes

On a également invoqué la difficulté à comprendre la place de la CPTS parmi les autres structures de coordination de soin préexistantes.

Ainsi, la CPTS est tantôt perçue comme un complément aux structures de soins coordonnés préexistants, avec un niveau supérieur de coordination (« *J'ai l'impression de voir*

arriver, le chaînon manquant, en fait, de la coordination, avec quelque chose qui va permettre d'aller au-dessus, l'étape vraiment supérieure de la coordination.. Et du coup avoir vraiment une vision globale, holistique, de la santé dans ces structures. » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-).

Mais elle questionne parfois sur la nécessité d'un passage obligatoire ou non par une MSP pour la création d'une CPTS (« *Est-ce qu'on est obligé de passer par la case MSP ou pas... Et puis on dit bien que monter une CPTS quand on est en MSP, c'est quand même plus facile. » H,66A,R,CG,E+,R+,P+).*

Certains ont évoqué la nécessité de réfléchir à une autre alternative de coordination des soins primaires pour avoir le temps d'évaluer l'intérêt des CPTS, en prenant l'avis de l'ensemble des acteurs (professionnels de santé et patients) (« *je pense qu'on pourrait se poser la question de comment construire réellement une autre alternative, pour pouvoir peser le pour et le contre, et voir si ce projet peut être soutenu, donc demander l'avis des médecins, mais aussi des paramédicaux et des patients. » H,28A,SU,CMS,E+,R+,P-).*

2.3.3) Difficulté au passage d'une rationalité individuelle à populationnelle

Les participants ont également mis en avant une difficulté au passage d'une rationalité individuelle à populationnelle au cœur du projet CPTS, à travers plusieurs notions telles que :

- la difficulté pour le médecin de devenir un gestionnaire de santé populationnelle et donc la nécessité de définir des limites à la gestion des soins de la population par le MG ;
- l'incertitude quant à la capacité des soins primaires et de la CPTS à répondre aux besoins populationnels en termes d'offre de soins ;
- et l'interrogation sur la possibilité de continuer à mettre en place des projets de soins uniquement basés sur une patientèle sans être obligé de se mettre à l'échelle de la CPTS (« *Est-ce qu'il est possible de mettre ça en place si ça ne colle pas au modèle de la CPTS et si ça touche uniquement notre patientèle, par exemple je pense à des programmes d'éducation thérapeutique.* » F,35A,R,MSP,E+,R+,P-).

2.3.4) Difficulté à un réel changement de métier, de manière de travailler

Les MG de l'étude ont aussi interpellé quant à la difficulté à un réel changement de métier, de manière de travailler.

En effet, la crainte d'une augmentation de la quantité des soins s'est notamment illustrée par la peur de l'obligation de transferts de compétences dans une logique de productivité des

institutions, et le concept de médecin traitant imposé par la CPAM ou par l'obligation de consultations libres de soins non programmées en cas d'un nombre de médecins traitants insuffisants (« *Quand le patient ne trouve vraiment pas de médecin traitant, la CPAM décide qui va devoir s'en occuper ? Ou c'est la consultation libre qui va faire qu'on est obligé de le prendre dans le cadre de la permanence de soins.* » F,56A,R,MSP,E+,R-,P-).

Mais également l'impression d'un changement négatif de rôle du MG, notamment par :

- la crainte de la perte du statut de référence/d'acteur principal des soins primaires du MG, de la perte de pouvoir des MG au profit des paramédicaux davantage disponibles pour mener des projets et donc la crainte d'une organisation des soins primaires sans les médecins par défaut de leur présence dans les CPTS (« *Mais je pense que notre rôle de médecin généraliste [...], on va perdre notre statut de référence, de personne qu'on doit écouter.*» H,58A,U,MSP,E+,R+,P+);
- parallèlement la crainte pour les MG d'être désignés comme porteur dû à leur expérience de leaders de projets de coordination de soins sur un territoire malgré leur défaut de formation au management pour la gestion des salariés de la coordination (« *Une des faiblesses du process c'est que n'est pas intégrée dedans la formation à la coordination qui va nous faire défaut. Et une des faiblesses, ça va être la gestion du personnel [...]on n'est pas formé pour ça.* » H,37A,R,MSP,E+,R+,P+).

De même, la délégation de l'organisation des soins primaires aux professionnels de santé a révélé pour certains :

- une impression de devoir trouver seuls des solutions pour le système de santé car les institutions sont dépassées (« *J'ai l'impression qu'on nous fait faire ça parce qu'il y a plus de mecs qui sont capables de penser le système de santé. Donc comme ils sont incapables de trouver des solutions, ils nous disent on va regarder ce que vous faites et on verra.* » F,41A,R,MSP,E+,R+,P-);
- et un sentiment de devoir trouver une solution aux problématiques de démographie médicale par un manque de compétence des institutions dans ce domaine (« *Ce que je ressens moi c'est l'idée qu'en fait ils ont mal géré la démographie médicale [...] donc il nous file le truc* » H,40A,SU,MSP,E+,R-,P-).

De plus, ils redoutent une diminution du temps de soins, due à l'énergie à fournir pour mener le projet et notamment au temps passé en réunions (« *Une autre crainte, c'est qu'on retourne dans les mêmes travers que ceux qui existent déjà à l'hôpital c'est-à-dire que quand*

on essaie de joindre un médecin hospitalier, une fois sur deux on peut pas le joindre parce qu'il est en réunion » H,58A,U,MSP,E+,R+,P+) et à une logique productiviste redoutée.

Enfin, de nombreuses craintes ont portées sur la discussion autour de la prise en charge des soins non-programmés, notamment la crainte de l'augmentation des soins non programmés par injonction au dépend de la prise en charge des patients chroniques.

« Faire en sorte que les soins non programmés soient vraiment organisés, c'est aussi créer une situation où on va les faire augmenter de volume potentiellement. [...] Je crois qu'il faut pas que le médecin généraliste dans son activité de prise en charge globale de la personne s'oriente uniquement vers du soin non programmé, ça peut être un danger de cette organisation [...] ne pas réussir à gérer les soins de nos patients chroniques. » (H,30A,U,CG,E-,R-,P-)

2.3.5) Délégation de tâches

Cependant, les craintes de la délégation de tâches se caractérisent par un questionnement sur la responsabilité médicale, et par la peur de la perte de certains actes (*« C'est-à-dire que le chronique qui va bien ce sera les infirmières de pratique avancée, la vaccination sera pour l'infirmier ou le pharmacien, et finalement à force de déléguer, de dire "on n'a pas le temps", "on veut pas le faire", on va devenir des "vous faites plus". » H,64A,R,CG,E+,R+,P+).*

2.3.6) Difficultés de dynamique d'équipe

De multiples inquiétudes ont portées sur les difficultés de dynamique d'équipe.

En effet, certains redoutent des obstacles pour fédérer autour du projet des professionnels de santé géographiquement éloignés, ou en exercice isolé (*« Parce que déjà ceux qui sont pas impliqués, qui sont déjà même pas dans l'optique de se regrouper en exercice collectif j'ai du mal à voir comment on va les inciter à participer à une CPTS qui est un niveau encore, moi je le vois plus élevé effectivement qu'une MSP. » F, ?A,R,MSP,E+,R+,P-).*

De plus, il existe des difficultés relationnelles préexistantes aux CPTS entre les professionnels de santé, comme celle liée à la hiérarchie ancestrale médicale-paramédicale ou à la concurrence d'actes, et celle liées aux crises de leaderships (*« Moi je trouve qu'effectivement dans cette création de nouvelles structures, de travail interprofessionnel, souvent la problématique numéro 1, c'est le rapport avec les autres, des difficultés de personnes plus que vraiment des difficultés de structures. » H,41A,R,CG,E+,R-,P+).*

De même, certains facteurs influent de façon négative sur l'implication au projet, comme :

- l'âge des MG : arrivée trop tardive des CPTS pour les anciens installés donc difficulté à intégrer les MG plus âgés, et manque de disponibilité et d'investissement des jeunes MG ;
- les conséquences de la féminisation de la profession sur le temps de travail des MG;
- et la différence de mobilisation entre les acteurs médicaux (peu mobilisés) et paramédicaux (très demandeurs) (*« Pour avoir déjà fait une réunion d'informations sur la CPTS, il se trouve que les médecins généralistes, je suis le seul, par contre on a une bonne mobilisation des paramédicaux, notamment les infirmiers qui sont très en demande de cette interprofessionnalité. » (H,41A,R,CG,E+,R+,P+).*

Le risque de la participation des patients aux CPTS a également été source de discussion car cela nécessite d'abord de se réunir pour échanger et apprendre à travailler ensemble avant de permettre la participation des patients au projet, et on prend le risque de l'expertise et du militantisme des associations de patients (exemple des réseaux de santé).

Enfin, le travail en groupe comporte aussi certains risques comme la nécessité de faire des concessions pour travailler à plusieurs (*« à 20 j'ai peur que les intérêts de chacun ne soit jamais convergent parce qu'on sera forcément obligé de faire des concessions en termes d'organisation, d'emploi du temps, peut-être de baisse d'activité ou de changement de tarification. » H,42A,U,CG,E+,R-,P-*) ; et la perte du plaisir de travailler ensemble par obligation d'échanger avec des professionnels de santé sans affinité particulière.

2.3.7) Difficultés de relation avec les institutions et les autres structures

Les participants ont également débattu de difficultés de relation avec les institutions et les autres structures.

En effet, certains ont décrit des difficultés relationnelles avec les institutions locales comme la mairie, liée à une vision divergente de la compréhension des problématiques de santé du territoire ; et des difficultés relationnelles entre les structures locales ambulatoires de soins, notamment entre MSP par différence de qualité de coordination.

D'autres ont évoqués des problématiques de rapport avec les tutelles, par le manque de communication des institutions sur le sujet auprès des médecins, des difficultés de travail commun avec les administratifs, et des aides des tutelles jugées inadaptées pour certains par leur manque de soutien et d'expertise.

On a également mis l'accent sur la place de la CPTS par rapport à l'Hôpital, car il existerait :

- des difficultés relationnelles préexistantes avec l'Hôpital, qui notamment reproche aux soins primaires leur manque d'organisation :

- une réelle crainte d'un rapport de force avec l'Hôpital (« *Qu'une fois qu'on sera structuré, qu'on soit sous la coupe de l'hôpital parce que c'est quelque chose dont ils ont l'habitude.* » H,58A,MSP,E+,R+,P+), de sa place dans les CPTS et donc d'une potentielle mainmise de l'hôpital sur les CPTS si les professionnels de santé de ville tardent à les mettre en place (« *La problématique c'est que c'est ce temps, 2022. Comment démontrer qu'on est capable de le gérer? Parce que derrière, y'a des grandes structures, hôpital, qui sont prêts à dire "ils sont pas capables de le gérer, on va prendre leur place, nous on a les moyens, on a le personnel administratif pour le faire.* " » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+);

- une crainte de la spéculation financière hospitalière sur les CPTS (« *Il y a aussi un problème d'argent dans le sens que, ce qu'aime beaucoup faire l'hôpital, c'est effectivement faire une sorte de panplane, ou en gros il dirige les patients, ça leur rapporte des actes qui font de l'argent vers eux.* » H, ?A,SU,MSP,E+,R+,P+);

- une crainte de ne pas réussir à améliorer la communication avec l'Hôpital du fait de la coexistence des 2 structures (« *Je revoyais CPTS-GHT, et je me disais comment on va réussir enfin à casser la problématique entre l'hôpital et la médecine générale qu'on a toujours eu, enfin de transmissions, de compréhension, de communication...* » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+);

- et un doute sur la capacité des CPTS à recréer du lien ville-hôpital, à créer une réelle coordination ville-hôpital attendue depuis longtemps (« *Comment on va réussir à faire cette coordination tellement voulue entre l'hôpital et toutes ces MSP, tous ces cabinets de médecine générale. Je me pose vraiment la question est-ce qu'il y a des hospitaliers qui vont pouvoir finalement créer du lien en venant dans, ces CPTS ou pas.* » H,U,P-).

On a également pu noter une crainte de la gestion des CPTS par des groupes privés du fait d'un manque de compétences de management des médecins (« *Je rejoins la peur que finalement les groupes privés reprennent les choses parce que le libéral n'a pas le temps, n'a pas l'énergie ou n'a pas les compétences parce que parfois en tant que médecin, on n'est pas forcément compétent pour manager, coordonner.* » H,35A,U,MSP,E+,R+,P-).

Enfin, la place des fédérations de médecins dans la CPTS questionne sur d'une part la nécessité d'aide au montage par les structures associatives type Fédérations de CPTS, mais d'autre part l'interrogation sur leur disponibilité, leur présence sur le territoire et leur capacité à être un véritable outil d'accompagnement ; elle pose également le problème du transfert des conflits des Unions Régionales des Professionnels de santé dans les CPTS (« *Moi j'identifie un truc au niveau du territoire, attention à ne pas importer des conflits de l'URPS dans une CPTS sur un territoire où il n'y en a pas.*» (F, ?A,R,MSP,E+,R-,P-) et de leur entrave à l'interprofessionnalité indispensable pour créer des projets de soins partagés.

2.3.8) Gouvernance administrative, des institutions

La gouvernance administrative, des institutions a été un pan important des discussions pour l'ensemble des groupes.

En effet, de nombreux participants ont exprimé le sentiment de ne pas avoir le choix de mettre en place ou non une CPTS car les décisions seraient déjà prises par les institutions, et ainsi ressentent une crainte de la perte d'autonomie et de la liberté d'exercice par la mise sous tutelle des institutions avec pour conséquence une ingérence concernant la manière de gérer les CPTS par les professionnels de santé avec des objectifs prédéfinis et différents de ceux des professionnels de santé (« *Oui alors dans mes craintes, c'était notre perte de liberté au niveau local. Le fait qu'on devienne un jour tous salariés de la Sécu, on l'est déjà en partie, mais que ça se formalise.* » H,58A,U,MSP,E+R+,P+), illustrée par exemple par des conflits interprofessionnels provoqués par le choix des institutions lorsqu'il existe 2 projets de CPTS différents sur un même territoire.

De même, ils craignent une perte de sens des CPTS si leur gouvernance se fait par des administratifs, en particulier ceux provenant des Grandes Ecoles de l'Administration (« *On passe d'un outil dont on était censé s'emparer, donc d'une vision assez ascendante à une vision complètement descendante avec des structures qui se mettent à créer des CPTS qui n'a pas de sens.* » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-) car il n'y a pas de changement possible pour les professionnels de santé par injonction des institutions, et il y a un risque d'objectifs et d'organisations inadaptés par un possible manque de connaissance des soins primaires (« *Pour aller un peu plus loin, j'entends peut-être une méconnaissance, voir une acculturation des administratifs de certaines ARS avec le fonctionnement des soins premiers dans les territoires, et il y a une déconnexion parfois...* » H,42A,R,CG,E+,R+,P+).

2.3.9) Incertitudes sur la pérennité de ce nouveau système

De nombreuses incertitudes ont portées sur la pérennité de ce nouveau système.

En effet, en se basant sur l'expérience des réseaux de soins, les participants craignent une disparition ou transformation des projets de CPTS mis en place s'ils sont nombreux et disparates, par la volonté des institutions d'uniformiser l'accès aux soins sur le territoire national (*« Il nous crée chacun de notre côté, nos structures. Du coup je me dis que leur objectif au niveau des pouvoirs publics c'est aussi qu'il n'y ait pas de différence de soins entre différents patients du même territoire, c'est-à-dire qu'en France on puisse être soigné de la même manière. Si chacun crée son dispositif comme lui le souhaite dans son truc sans aucune coordination les uns avec les autres, on va se retrouver avec des multiples dispositifs. » (H,40A,SU,MSP,E+,R-,P-)*), alors qu'il ne leur semble pas possible que les CPTS augmentent les installations des jeunes MG dans les territoires ruraux, elles permettront juste de regrouper les professionnels de santé sur un territoire (*« Bah je pense que la CPTS va mettre en lien les gens qui sont en rural, mais ça va pas pousser les gens à aller en rural. Enfin, en tout cas, c'est pas du tout le projet de ces CPTS. » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-)*).

Ils redoutent également les renouvellements politiques qui pourraient mettre à mal leur conservation, nécessitant donc un cadre plus protecteur pour garantir la continuité des projets, notamment concernant la pérennité du financement des CPTS (*« Je suis d'accord avec vous aussi sur la pérennité du système. Est-ce qu'on met tout ça en place pour que dans 5 ans ils nous disent "bah y'a plus de fonds mais ça marche très bien, débrouillez-vous comme vous faites" ? Ça je pense que c'est une inquiétude importante. » H,38A,R,CG/MSP,E+,R+,P+)*).

D'autres appréhensions ont porté sur le risque éventuel d'augmentation des inégalités sociales par l'informatisation (*« Ce qui est vrai c'est qu'en tout cas avec des applications sur des smartphones, c'est pas fait pour des personnes qui ne savent pas lire ni écrire, donc au niveau des inégalités sociales, c'est clair qu'il y a à se poser des questions, on n'est pas sûr qu'on va pas les augmenter plutôt que de les réduire. » H,41A,R,MSP,E+,R+,P-)* ou le risque de stigmatisation de communautés par les orientations des projets de soin des CPTS (*« je me demande si ça va pas étiqueter certains territoires dans le cadre de la prise en charge de certaines pathologies. [...] Là ça va être basée sur des données du territoire, et je me demande si ça va pas au final accentuer peut-être certaines différences, certaines communautés. » H,28A,SU,CMS,E+,R+,P-)*).

2.3.10) Missions imposées par les institutions

Enfin, de multiples craintes émanent de possibles missions imposées par les institutions, car elles pourraient avoir des attentes pour lesquelles les professionnels de santé ne se sentent pas prêts ; injonction rendue possible par un cadre initial trop libre (« *Les axes de travail, c'est voulu pour être extrêmement large et adaptable à chaque territoire, mais c'est presque trop large. Et du coup il y a une certaine forme de coercition qui va rentrer là-dedans au bout d'un moment, c'est-à-dire que les axes extrêmement larges vont finir par s'affiner pour nous imposer.* » (H,37A,R,MSP,E+,R+,P+), et par des aides moyennant contrepartie (« *On avait l'impression que la chargée de mission, une coordinatrice employée par l'URPS, nous imposait à remplir des cases, plutôt que de partir d'un besoin de population, d'un besoin de territoire.* » H,37A,SU,CMS,E+,R-,P+).

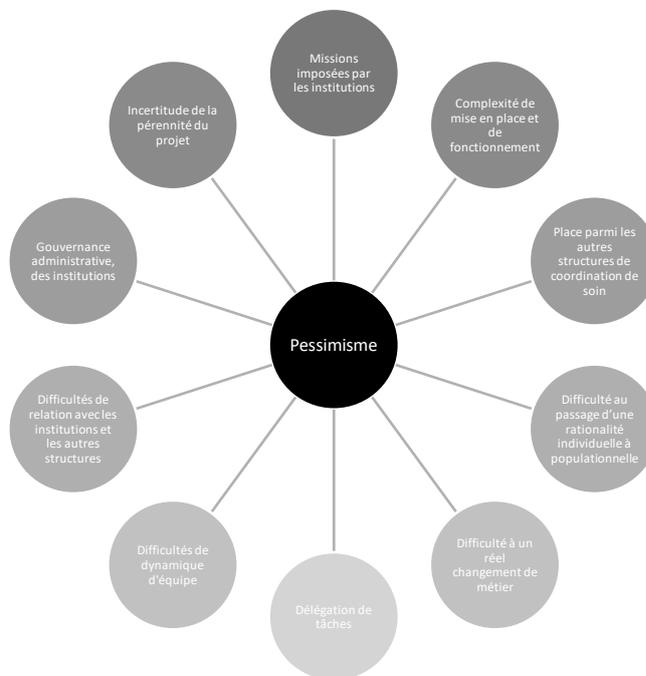


Figure 3. *Chapeau noir* ou « Pessimisme »

2.4) *Chapeau jaune* : « *Mais l'espoir fait vivre...le projet.* » (Figure 4)

2.4.1) Bénéfices du travail en groupe

Certains ont noté les bénéfices du travail en groupe, par la possibilité de réalisation personnelle (« *Je pense qu'au-delà du temps, de l'énergie, de la rémunération financière, je pense qu'il y a de la réalisation personnelle qu'on peut attendre de travailler avec plus de gens sur des projets plus larges, et du coup sortir d'un exercice parfois trop étroit.* » H,38A,R,CG/MSP,E+,R+,P+) et de résolution de conflits d'intérêt entre professionnels de

santé grâce à l'échelon territorial permettant de recréer du lien (*« j'espère que cet échelon territorial va complètement brouiller les pistes [...] des conflits entre certains soignants qui ont peur de perdre leur patientèle, leur intérêt, leur avantage, leur supériorité. » H,41A,R,CG,E+,R+,P+*), et de conflits internes grâce au dynamisme d'équipe de la CPTS (*« c'est pas les gens qui vont changer les autres. C'est la structure qui a elle-même la maturité de pouvoir résoudre ces conflits en interne. » H, ?A,SU,MSP,E+,R+,P+*).

2.4.2) Cadre libre

De nombreux participants ont souligné l'intérêt du cadre libre des CPTS comme marge de manœuvre à la création d'un projet à l'image des professionnels de santé comme par exemple le nombre des participants qui est non défini par les institutions dans le projet CPTS.

2.4.3) Fonctionnement démocratique

De même, le fonctionnement démocratique de la CPTS attire, notamment car le choix du leader se fait par la structure elle-même, et qu'il est possible d'intégrer les représentants des usagers ou associations de patients pour le remettre au centre de la prise en charge (*« Je dirais qu'intégrer des associations de patients à ce genre de structures peuvent être intéressants pour remettre le patient au centre de la prise en charge et créer une vraie coordination qui ne soit pas simplement l'apanage de professionnels. » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-*).

2.4.4) Conserver la liberté d'exercice

De plus, elle permet de conserver la liberté d'exercice des MG : conservation du mode d'exercice libéral, du libre choix de faire partie ou non de la CPTS, du libre choix du médecin traitant par le patient et du libre choix du patient par le médecin (*« il y a le libre choix du patient et le libre choix du médecin par rapport au patient. Ça veut dire qu'on n'est pas obligé de prendre tous les patients comme médecin traitant. » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+*).

2.4.5) Obtention de financements

Elle rend également possible l'obtention de financements comme aide au montage de projet et incitation au changement, avec un montant de financement prédéfini par les institutions en fonction de la taille de la CPTS. La pérennité des subventions semble être garantie pour certains par le fonctionnement des indicateurs, mais quoiqu'il en soit il semble raisonnable de penser que l'autofinancement du projet sera possible une fois rôdé malgré l'arrêt du financement des institutions (*« Après, ils nous donnent des moyens pour nous aider à réfléchir et nous organiser. S'il n'y a plus de moyens demain, l'organisation restera et on l'autofinancera »*).

comme on a fait toujours pour beaucoup de choses. » H,57A,R,MSP,E+,R+,P+). On peut aussi créer des indicateurs à l'image des professionnels de santé de la CPTS (Ex : nombre de consultations hors CPTS) (« *Il y a un indicateur qui est assez fou, c'est dans le territoire, combien de patients vont consulter en dehors du territoire. Ça existe aussi à l'inverse : qui vient dans le territoire consulter et qui n'y est pas domicilié ?* » H, ?A,SU,MSP,E+,R+,P+).

Elle aide de même au financement de nouveaux services comme par exemple la rémunération du personnel médico-social (Ex : éducateurs sportifs, psychologues, diététiciens) et du coordinateur de la CPTS (« *On a une éducatrice sportive dans notre MSP sauf que je me heurte à la difficulté de comment rémunérer ces gens-là. C'est un peu la même chose pour les prises en charge psy ou diet ou tout ça. Mais est-ce que les CPTS ne pourraient pas servir justement à financer ce genre d'action.* » F,56A,R,CG,E+,R+,P+).

Et elle concède même la rémunération en tant que participant à un projet de CPTS, par exemple par la rémunération du temps de réunion (« *Moi j'ai porté un projet de maison de santé où j'ai passé des heures non rémunérées là-dessus, et enfin on a une petite enveloppe budgétaire de démarrage qui va nous permettre de dégager un peu de revenus* » H,37A,P,MSP,E+,R+,P+).

2.4.6) Prendre en compte le territoire

De plus, elle permet de prendre en compte le territoire par :

- un cadre territorial libre, sans bornes, pensé par les professionnels de santé ;

« Si la réalité de terrain c'est qu'il y a 2 territoires, l'un qui est centre-ville précaire, 20% de CMU, et toute la Couronne qui a autour, des quartiers résidentiels avec 2 % de CMU, c'est plus les mêmes territoires. Donc certes on va faire 2 structures,[...], je pense que les 2 CPTS vont se retrouver sur certains projets communs notamment le lien ville-hôpital, parce que c'est le même hôpital. Mais par contre le territoire on va bien le définir, et on va bien différencier les deux populations. » (H,40A,SU,MSP,E+,R-,P-)

- un diagnostic territorial mettant en évidence de nombreux besoins d'offres de soins non couverts pour le moment sur un territoire, mieux identifiés que ceux que l'ARS avait ciblés pour les MSP, avec par conséquent des projets reflétés de ces besoins spécifiques territoriaux locaux (« *on voit qu'il y a plein de choses qui se mettent en route par l'ARS sur les points noirs ciblés par notre diagnostic santé de territoire.* » H,41A,R,CG,E+,R+,P+) et une diminution des redondances du système de soins (« *notre système n'est pas optimisé, faut être clair, ça coûte cher, c'est parfois redondant, parfois inefficace.* » F,56A,R,CG,E+,R+,P+)

- un outil de gestion de la démographie médicale territoriale, en ayant connaissance du nombre de médecins nécessaires à la couverture du territoire par l'analyse territoriale des CPTS, en étant, pourquoi pas, un outil proactif d'accompagnement global des professionnels de santé s'installant sur le territoire (*« Je pense qu'il y a un volet qui est très important, c'est l'accompagnement des professionnels sur le territoire. On peut tout à fait imaginer qu'une CPTS, s'il y a un jeune qui est intéressé, elle peut aider à mobiliser les acteurs pour trouver un boulot à son conjoint, pour trouver une maison [...] » F,41A,R,MSP,E+,R+,P-*) et en utilisant par exemple la 4^{ème} année de DES comme solution aux territoires à densité médicale faible (*« le fait que les jeunes médecins en 4^e année, on va pouvoir les mettre dans des endroits qui sont un peu en difficulté, de façon tutorée, mais de façon réfléchie. » H,57A,R,MSP,E+,R+,P+*).

Enfin, elle implique plus d'autonomie et de développement d'actions locales, de projets de soins adaptés au territoire, apportant des solutions sur mesure à des problématiques spécifiques de celui-ci (*« Les problématiques qui se posent en grandes villes, ne sont pas les problématiques du milieu rural. [...] on part de nos vraies problématiques et on imagine des solutions à partir de là, et pas des solutions qui sont valables pour tout le monde partout sur le territoire. F,41A,R,MSP,E+,R+,P-*), en s'adaptant à la population et aux professionnels de santé, par de vraies innovations basées sur le retour d'expérience du terrain, avec pour conséquence une cohésion d'actions locales et une redynamisation des territoires, et pouvant s'adapter en fonction de l'évolution des problématiques de santé du territoire grâce à la structure modulable des CPTS. (*« pour moi une CPTS c'est quelque chose qui reste quand même assez modulable [...] on peut faire évoluer une CPTS selon l'évolution des problèmes de santé de la population qu'elle est censée couvrir [...] si on a une gouvernance qui est adaptée. » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-*).

2.4.7) Recréer du lien

D'autre part, elle aide à recréer du lien (*« l'objectif premier d'une CPTS c'est créer du lien, faire du dialogue, se rencontrer, discuter. » H,40A,U,MSP,E+,R+,P+*) car elle permet aux professionnels de santé de se connaître et en particulier d'améliorer la connaissance des acteurs du médico-social (*« Un intérêt supplémentaire, c'est d'associer le médical au social. » H,66A,R,CG,E+,R+,P+*), de mutualiser les moyens sur un grand territoire (*« dans mes rêves, ça serait de mieux se connaître, parce qu'en fait on ne se connaît pas forcément sur un grand territoire, de mieux communiquer entre nous et surtout de mutualiser les moyens parce qu'en fait on fait chacun des choses de notre côté, en fait à tous on est plus fort. » H,53A,SU,CG,E+,R-,P+*), de partager des expériences via des Fédérations CPTS (*« j'ai appris qu'il y avait une fédération, on va pouvoir échanger, partager des expériences de ce qui marche,*

dans un territoire. » H,42A,R,CG,E+,R+,P+) et de s'ancrer dans le territoire pendant la phase de montage du projet (« Sans cette idée de CPTS, je ne serais jamais allée frapper aux portes et jamais j'aurais pu vraiment m'ancrer dans le territoire. » F,31A,SU,CMS,E+,R+,P+).

Elle les aide aussi à se coordonner pour mieux travailler ensemble par un vrai changement de culture réellement attendu par de nombreux MG notamment par les jeunes (« Enfin on va pouvoir coordonner nos actes et nos travaux, et réfléchir à comment on peut travailler mieux ensemble. » F,41A,U,MSP,E+,R-,P-) en écho aux nombreuses actions de coordination préexistantes et à la nécessité actuelle de collaboration inter-structure, en faisant néanmoins attention à mettre l'accent plus sur l'interdisciplinarité que sur la pluriprofessionnalité (« les maisons de santé, il y en a aussi beaucoup où on est tous logés côte à côte, on communique pas, et on se rencontre pas, c'est ce que j'appelle un peu les maisons LEGO où les couleurs représentent des professions, mais il faut qu'au milieu il y a de l'interdisciplinarité. Et effectivement le mot pluridisciplinaire c'est on est plusieurs. » H,57A,R,MSP,E+,R+,P+).

Coordination qui, ils espèrent, aura pour conséquence de diminuer l'exercice isolé (« Ces CPTS permettront d'en finir avec l'exercice isolé, c'est-à-dire de permettre à ceux qui n'ont pas pu prendre le train des MSP de venir se recoller à un projet de santé sur un territoire. » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+) qui est de toute façon de moins en moins prisé par les jeunes MG qui semble rechercher la sécurité du travail en équipe (« ce côté-là de travail de groupe, sécurité même au niveau social, est beaucoup présent chez les jeunes » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-), en permettant à des professionnels de santé sur des territoires distants ne répondant pas aux critères de MSP de se coordonner (« je suis dans un territoire de montagne très isolé, des professionnels seuls ne pouvaient pas créer de MSP, le fait de rentrer dans la CPTS leur permet d'avoir aussi des droits et des accès à des projets de santé et des parcours de soins, qu'ils n'avaient pas jusque-là. » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+), et en se servant de la mutualisation des projets de soins pour rassembler les professionnels de santé (« Ça potentialise puisqu'on mutualise les projets qui ont été des réussites dans les différentes structures, et en plus des professionnels seuls peuvent y intégrer, ce qui est un élément incroyable de chance. » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+).

Enfin, certains attendent des CPTS d'améliorer le lien ville-hôpital par la collaboration avec l'hôpital de proximité pour limiter les soins non programmés aux urgences et permettre peut-être un exercice mixte pour les MG (libéral ambulatoire et salarié hospitalier) (« ce serait bien de savoir que l'hôpital de proximité existe et qu'on peut faire un exercice mixte, libéral et salarié. Pour la CPTS ce serait bien qu'il y ait un hôpital de proximité pas loin pour permettre de limiter le flux de patients, notamment âgés, aux urgences. » H,41A,R,CG,E+,R+,P+).

2.4.8) Améliorer la pluriprofessionnalité

Et puis, la CPTS porte en elle l'espoir d'améliorer la pluriprofessionnalité en valorisant le travail de groupe et le partage de compétences (« *tous ces gens qui sont ostéopathes, psychologues, hypnothérapeutes, sont des gens qui sont prêts à donner du soin, et je vois pas pourquoi je m'en priverai en fin de compte.* » H,65A,SU,SL,E+,R-,P+), en créant un réel espace de liberté de parole et de travail pluriprofessionnel avec les paramédicaux (« *moi je ne vois pas la CPTS comme un carcan, je la vois vraiment plus comme un outil, un espace de parole, en espace de travail où on peut être aussi, on n'en a pas parlé encore, du pluriprofessionnelle. On parle beaucoup de la ville et de l'hôpital, mais on a du mal aussi à se coordonner avec les paramédicaux.* »H,35A,U,MSP,E+,R+,P+) et de faire-valoir du travail de pluriprofessionnalité des professionnels de santé hors MSP (cabinets de groupe par exemple) (« *pour ceux qui, comme moi, n'ont pas bénéficié, je dirais de la bulle des MSP, parce qu'ils ont eu un investissement sur un cabinet de groupe, c'est l'occasion ou jamais justement de faire valoir le travail en pluriprofessionnalité* ». H,41A,R,CG,E+,R+,P+).

2.4.9) Améliorer la qualité des soins

En outre, elle aspire aussi à améliorer la qualité des soins par une nouvelle manière de travailler, en ayant une meilleure connaissance de l'ensemble des compétences présentes sur le terrain pour fluidifier le parcours de soins des patients (« *L'infirmière à domicile qui estime qu'il y a besoin que le patient voit le médecin, bah qu'elle puisse avoir un canal facile de contacts et qu'on puisse recevoir, nous, le patient rapidement. Identifier tel professionnel c'est tel type de rééducation.* » H,40A,U,MSP,E+,R+,P+) et éviter les redondances de formations équivalentes des MG (« *faire un bilan des forces en présence sur le plan local et finalement de savoir que tel ou tel professionnel s'oriente vers telle ou telle pratique et de la valoriser, de faire en sorte qu'elle se forme [...] on pourrait distribuer la formation en fonction des affinités.* H,41A,R,CG,E+,R+,P+). Mais aussi permettre d'améliorer l'accès aux acteurs du médico-social notamment en simplifiant les prescriptions des actes médico-sociaux ; d'améliorer le parcours de soins des patients complexes en collaborant et en déléguant avec les autres professionnels de santé (« *optimiser des parcours complexes [...] pouvoir s'occuper du médical, en trouvant un recours qui va aider au niveau social, un autre au niveau psychologique, un autre au niveau de la motricité, mieux faire jouer la complémentarité.* » H,58A,U,MSP,E+,R+,P+) ; d'aménager les conditions de soins à domicile avec l'aide des collectivités territoriales ; de développer des transports médicaux efficaces pour la CPTS ; de déployer avec l'hôpital une structure locale d'hébergement temporaire pour les personnes âgées

avec une problématique de maintien à domicile ; de permettre la prise en charge des patients désadaptés à l'exercice physique par des éducateurs sportifs et non par des kinés (« *mon idée c'était de s'associer avec des éducateurs sportifs, pour que tous les patients qui bloquent les kinés pour les faire pédaler sur des machines, puissent être pris en charge par des éducateurs sportifs* » F,56A,R,CG,E+,R+,P+) ; et réduire les délais de recours aux soins de second recours (« *Je pense qu'il faudra contractualiser avec les spécialistes du deuxième recours pour pas voir des délais de 6 mois* » H,64A,R,CG,E+,R+,P+).

La qualité des soins sera également assurée par l'augmentation du temps de soin en déléguant des tâches aux autres professionnels de santé, par exemple déléguer certains actes infirmiers aux aides-soignantes libérales, et des actes sociaux du MG aux assistantes sociales ; par le développement de nouveaux projets innovants de santé publique liés au modèle de gestion populationnelle par le médecin traitant permettant de travailler non plus seulement pour l'individu mais aussi pour la communauté, notamment par le déploiement de missions locales de prévention adaptées au territoire et portées par des groupes de travail entre professionnels de santé et patients (« *se réapproprier pas uniquement les malades, mais le bien-être, la santé, [...] plutôt que d'essayer de changer le comportement individuel ou la prise en charge d'une maladie en particulier, [...] modifier la façon de fonctionner d'une communauté pour améliorer sa santé* » H,38A,R,CG/MSP,E+,R+,P+) ; par la protocolisation, l'harmonisation des pratiques locales (éventuellement à l'aide de RCP ambulatoires), en poursuivant le changement des soins primaires déjà initié par les MSP et la filaire universitaire, permettant une réelle conscience collective (« *des complémentarités de types de démarches spécialisées, des protocoles de soins, telle type de pathologie où chacun va apporter sa contribution, sa compétence* » H,58A,U,MSP,+,R+,P+) ; et enfin par l'amélioration du confort d'exercice pour notamment répondre aux attentes des jeunes MG (« *l'idée du médecin qui donne sa vie et qui est médecin avant d'être humain, qui va donner sa vie à juste son métier, ça c'est, je pense que c'est fini.* » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-) : améliorer la disponibilité physique et mentale des MG, améliorer les conditions de travail des professionnels de santé, diminuer la charge mentale du médecin par l'intermédiaire de « post-it » gérés par des assistants médicaux référents des patients (« *on pourrait imaginer avoir des espèces de bulles qui s'envoient au référent [...] ça pourrait être des assistants sociaux, des travailleurs sociaux qui auraient une masse de population à gérer* » F,41A,U,MSP,E+,R-,P-).

2.4.10) Améliorer la continuité des soins et la permanence des soins

De même, elle permettra d'améliorer la continuité des soins à l'échelle territoriale pour augmenter le temps de soin programmé, par exemple avec un pool de remplaçants (« *les remplacements sur un territoire, est-ce qu'il n'y a pas une façon de mutualiser, c'est-à-dire d'avoir un cheptel de remplaçants qu'on va dispatcher à droite à gauche.* » H,42A,R,CG,E+,R+,P+) et d'améliorer la permanence des soins gérée par les MG du secteur indépendants du centre 15, par attribution aux MG à tour de rôle, de journées dédiées aux soins non programmés (« *on avait prévu d'organiser à plusieurs une forme de permanence de soins non programmés, où chacun passait à tour de rôle sur une demi-journée, ou une journée, était fléché sur le territoire, comme faisant de la demande de soins non programmés.* » H,38A,R,MSP,E+,R+,P+), par le déploiement de la téléconsultation, par la création d'un site d'agenda partagé indiquant les disponibilités des MG (« *créer un site sur lequel tous les médecins indiqueraient leurs disponibilités horaires de façon à ce que les patients en attente de soins non programmés puissent dire "Ah bah tiens là y'a tel médecin qui veut bien me recevoir".* » H,58A,U,MSP,E+,R+,P+).

2.4.11) Augmenter l'attractivité des territoires

Par ailleurs, les participants projettent que la CPTS pourra augmenter l'attractivité des territoires en favorisant l'installation (notamment dans les zones en difficulté) des jeunes MG par la mise à disposition d'un réseau clé en main, en permettant la sécurité de la continuité des soins, et par une structure permettant une organisation, le développement de la recherche, une vision populationnelle, une amélioration de la qualité de vie (« *dans la CPTS qu'on a créé l'année dernière, on a eu 8 installations de jeunes, [...] du fait qu'il y avait une organisation, une structure qui leur permet d'avoir une vie personnelle de qualité, mais aussi un intérêt à faire de la recherche, à faire d'autres choses que le métier habituel, et le côté populationnelle les intéresse énormément.* » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+).

2.4.12) Favoriser l'accès à la recherche universitaire en soins primaires

En effet, la CPTS aspire à favoriser l'accès à la recherche universitaire en soins primaires car elle sera une réelle entreprise avec des valeurs spécifiques permettant de réinventer la prise en charge des patients. Elle permettra donc de développer une nouvelle approche des études de santé publique pensées sur un territoire et non sur une patientèle, de construire des missions autour d'une thématique de recherche, de développer un réseau d'investigateurs universitaires pour la spécialité MG pour permettre des projets de recherche de qualité en soins primaires avec

l'aide d'assistants de recherche clinique afin de développer des recommandations adaptées en soins primaires (« *c'est pouvoir avoir des projets de recherche en soins primaires, intéressants, structurés, stimulés par la coordinatrice, l'ARC. Et faire avancer la discipline, vraiment sur des recos adaptées à nos soins primaires.* » H,61A,R,MSP,E+,R+,P+).

2.4.13) Formation pluriprofessionnelle

Elle sera également un moyen de faire progresser la formation pluriprofessionnelle en réfléchissant avec l'ensemble des professionnels de santé, en développant la formation des nouveaux métiers de la santé par un savoir-faire local (« *je peux transmettre à des assistants médicaux, une médecine locale, [...] Je me fais fort de former une infirmière ou une assistante sociale à faire 70 % de mon travail.* » H,65A,SU,E+,R-,P+), en développant la formation interprofessionnelle continue au sein de la CPTS, et de former dès l'internat sur la transition patientèle-populationnelle, la coordination, la pluriprofessionnalité, par des acteurs de terrain engagés dans des CPTS (« *il y a une véritable méconnaissance de ce qu'est une CPTS et de cette transition patientèle-population. J'aimerais proposer de la formation sur le sujet. Que cette formation vienne d'acteurs de terrain qui sont déjà engagés dans ces structures-là, qu'ils puissent transmettre ça via de la formation dès l'internat.* » H,26A,U,IMG,E-,R-,P-).

2.4.14) Gestion des soins primaires

Mais surtout, la CPTS permettra aux MG de s'emparer de la gestion des soins primaires. Elle leur offre une réelle opportunité de devenir les acteurs principaux au centre de la coordination des soins primaires sur un territoire, de décider et de construire le projet souhaité avant de voir arriver une gouvernance des institutions, avec l'acquisition au fur et à mesure de plus de responsabilité sur le secteur (ex : autorégulation des installations à partir de l'analyse du terrain) (« *Peut-être qu'à un moment les CPTS auront comme responsabilité de réguler les installations, [...] c'est un moyen de réguler d'une certaine manière au plus près du terrain et pas par les dirigeants, de s'autoréguler.* » H,35A,U,MSP,E+,R+,P-).

2.4.15) Outil de reconnaissance des soins primaires

Enfin, avant tout, la CPTS aura pour vocation à devenir un véritable outil de reconnaissance des soins primaires en passant par la reconnaissance de la spécialité « Médecine Générale » à travers la protocolisation de projets de santé pensés par les soins primaires avec pourquoi pas un contrôle qualité par indicateurs contre financement (« *je trouve qu'il y a une vraie opportunité, c'est l'occasion que les soins premiers ont de formaliser des fonctionnements*

qu'on a tous au quotidien avec nos collègues, avec la promesse de financement dans les années qui viennent avec une exigence d'évaluation de ce qu'on mettra en place. » H,41A,R,MSP,E+,R+,P-). Mais aussi une vraie reconnaissance vis-à-vis de l'hôpital, la fin d'une politique hospitalo-centrée, car elle permettra d'avoir du poids en tant que collectif scientifique-structure organisée de professionnels de santé face à l'Hôpital et même participer à leur projet de soin avec pourquoi pas un représentant de la CPTS dans la CME de l'hôpital régional (« faire le contrepoids par rapport à l'hôpital et être une réponse ou un équilibre par rapport au CHU qui est juste à côté, sur le parcours de soins, la prévention, et la recherche en soins primaires, au sein de CPTS-MSP » H,61A,R,MSP,E+,R+,P-). Et également une reconnaissance vis-à-vis des institutions pour être écoutés, entendus, et remporter les appels à projet (« qu'on soit écouté par l'ARS, parce qu'il y en a assez des réunionites où on parle mais où on n'est pas pris en considération, on a des bonnes idées, mais elles ne sont pas relayées, pas financées. » H,38A,R,MSP,E+,R+,P-).



Figure 4. Chapeau jaune ou « Optimisme » (SP : Soins Primaires)

3) Synthèse des résultats

Certains éléments de discussion laissent à penser que la CPTS peut devenir une nouvelle forme concrète d'organisation des soins primaires, notamment car elle s'appuie sur toutes les compétences de terrain ; elle s'articule autour d'un coordinateur administratif ou médical, véritable appui pour le projet ; elle permet de développer de nombreux outils de coordination ; et elle bénéficie d'aides financières des tutelles adaptées au territoire. Elle suscite alors l'espoir par le bénéfice du travail de groupe, l'assurance d'un cadre libre de création, d'un fonctionnement démocratique et de la prise en compte du territoire ; de recréer du lien, d'améliorer la pluriprofessionnalité, la qualité, la continuité et la permanence des soins, d'augmenter l'attractivité du territoire, de permettre une vraie gestion des soins primaires par les MG, et de favoriser l'accès à la formation pluriprofessionnelle et à la recherche universitaire afin de devenir un réel outil de reconnaissance des soins primaires.

Cependant de nombreuses inquiétudes viennent nuancer ces propos : crainte d'une lourdeur administrative pratique, de la rareté des personnes ressources, des difficultés de dynamique d'équipe, de la notion de territoire qui peut être perçu comme un cadre rigide et difficile à mettre en place en l'absence de structures de coordination préexistantes ; mais aussi des interrogations sur le mode de financement (financement par indicateurs, disparition du libéral au profit du salariat) et sur la formation des nouveaux métiers de la coordination. De même, de nombreuses appréhensions concernent un réel changement de métier du MG par le passage d'une rationalité individuelle à une rationalité collective (doute sur la capacité du MG et des soins primaires à devenir gestionnaires de santé d'une population et à répondre aux besoins en termes d'offres de soins), par la volonté croissante des institutions de la prise en charge par les MG des soins non programmés au dépend des pathologies chroniques, et par la crainte de la perte du statut de référent des soins primaires du MG au profit des paramédicaux par le biais de la délégation de tâches. Ainsi la notion de gouvernance sous forme d'une ingérence des CPTS par les institutions, l'Hôpital, les groupes privés, a nettement fait débat. De plus, les renouvellements politiques et la volonté des pouvoirs publics d'uniformiser l'accès aux soins sur le territoire national, laissent planer le doute sur la pérennité de ces multiples projets de soins hétérogènes sur le long terme. Enfin, les objectifs attendus des CPTS par les institutions peuvent parfois être perçus comme des missions imposées, témoignant des différences d'enjeux entre les autorités et les professionnels de terrain que sont les MG, nous en discuterons ci-après.

DISCUSSION

1) Comparaison entre les objectifs des CPTS attendus par les MG et par les institutions

Comme évoqué précédemment, le projet de santé des CPTS intéresse les institutions publiques pour un certain nombre d'objectifs mentionnés dans le rapport IGAS (11). L'analyse des résultats nous permet de mettre en évidence des freins et des leviers présents dans le discours des MG pour l'atteinte de ces objectifs, comme décrits dans les *tableaux 2 et 3*.

Tableau 2 : Freins aux objectifs des CPTS attendus par les institutions

OBJECTIFS FIXES	FREINS PRESENTS DANS LE DISCOURS DES MG
Continuité des soins - Organisation des SNP	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte de l'augmentation des soins non programmés (SNP) par la mise en place d'une organisation /d'une coordination de ces SNP - Crainte de l'injonction de la prise en charge des SNP
Égalité d'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'une augmentation des inégalités sociales par l'informatisation, le risque de stigmatisation de communautés par les orientations des projets de soin des CPTS basés sur les territoires - Concentration des pouvoirs par la CPTS : crainte d'exclusion des projets de soins non portés par les CPTS - Crainte d'un cloisonnement rigide du territoire restreignant le réseau du MG au territoire défini - Impact des CPTS sur les problématiques de démographie médicale (installations, accès au MT) : crainte d'une sectorisation de la médecine générale limitant le choix et l'accès au praticien pour le patient, doute sur la capacité des CPTS à favoriser l'installation des jeunes, crainte d'un médecin traitant imposé par la CPAM pour le patient et le MG
Prise en charge des publics fragiles du territoire Coordination avec la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte du passage d'une rationalité individuelle à populationnelle liée à : - l'Incertitude sur la capacité des soins primaires à répondre aux besoins populationnels en termes d'offre de soins - l'Incertitude quant à la réponse de la CPTS vis à vis de la couverture des besoins d'offre de soins populationnels
Amélioration de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à prendre en charge les patients chroniques si augmentation des SNP
Prévention et Education thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité de mettre en place des projets de soins uniquement basés sur une patientèle

Organisation de l'accès au second recours et du retour à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Craintes liées à la place de l'Hôpital dans les CPTS : rapport de force avec l'Hôpital, gouvernance des CPTS par l'Hôpital, spéculation financière de l'Hôpital sur les CPTS - Craintes liées aux difficultés relationnelles avec l'Hôpital : problèmes relationnels préexistants, doute sur la capacité des CPTS à améliorer la communication avec l'Hôpital et à créer un lien et une coordination ville-hôpital du fait de la coexistence des 2 structures
Instauration de délégations de tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Craintes de la délégation de tâches car : perte de certains actes, incertitude sur les conséquences pour la responsabilité médicale, obligation de transferts de compétences par les institutions dans une logique de productivité, quelle formation pour les nouveaux métiers de la coordination - Difficultés liées au changement de métier du MG : crainte de la perte du statut de référent des soins primaires, crainte de la perte de pouvoir du MG dans le système de soins primaires, crainte de la responsabilité du statut de leader de projets de coordination de soins sur un territoire, crainte de la gestion de salariés de la CPTS
Mise en place des outils informatiques « socles »	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte de la perte du lien humain par l'informatisation - Crainte de la monopolisation du financement de la CPTS par les entreprises fournissant les outils informatiques de la coordination

Tableau 3 : Leviers aux objectifs des CPTS attendus par les institutions

OBJECTIFS FIXES	LEVIERS PRESENTS DANS LE DISCOURS DES MG
Continuité des soins - Organisation des SNP	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le travail pluriprofessionnel : valoriser le travail de groupe (notamment des professionnels hors MSP) et le partage de compétences - Se connaître : amélioration du parcours de soin par une meilleure connaissance de l'ensemble des compétences présentes sur le terrain (dont les acteurs du médico-social) pour mutualiser les moyens et diminuer les redondances, s'ancrer dans le territoire en faisant connaissance des professionnels de santé pendant la phase de montage du projet, création d'une CME, emblème pour marquer l'appartenance à une communauté, partage des expériences des CPTS via des Fédérations, profiter des annuaires-santé des MSP, séminaire annuel géant - Se coordonner : changement de culture longuement attendu du soin primaire pour un soin coordonné, attrait des jeunes médecins pour l'exercice coordonné, nécessité de collaboration inter-structures et d'interdisciplinarité

	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la continuité des soins à l'échelle territoriale pour augmenter le temps de soin programmé, par exemple avec un pool de remplaçants, le développement d'équipes mobiles de soins primaires - Améliorer la permanence des soins : attribution aux MG à tour de rôle de journées dédiées aux SNP, déploiement de la téléconsultation, gestion par les MG du secteur indépendants du centre 15, création d'un site-agenda partagé indiquant les disponibilités des MG, améliorer l'accès au médecin traitant dans les grandes villes et diminuer les SNP sans suivi (type SOS médecins) - Améliorer le lien ville-hôpital par la collaboration avec l'hôpital de proximité pour limiter les SNP aux urgences et permettre un exercice mixte pour les MG (libéral ambulatoire et salarié hospitalier)
Égalité d'accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion de la démographie médicale territoriale : outils de pilotage démocratique de la démographie médicale, permettre de connaître le nombre de médecins nécessaires à la couverture du territoire par l'analyse territoriale des CPTS, utilisation de la 4ème année de DES comme solution aux territoires en difficultés - Favoriser les installations des jeunes MG/l'attractivité : par la mise à disposition d'un réseau clé en main d'accompagnement global, par une structure permettant une organisation/ la sécurité de la continuité des soins/ une vision populationnelle/ le développement de la recherche/ l'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé
Prise en charge des publics fragiles du territoire Coordination avec la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Identification des besoins d'un territoire par le diagnostic de santé territoire- besoins mieux identifiés que par le diagnostic territorial de l'ARS pour les MSP - Fluidifier le parcours de soins des patients complexes en collaborant et en déléguant avec les autres professionnels de santé - Permettre de nouveaux projets de soins adaptés au territoire : projets reflète des besoins spécifiques territoriaux locaux, apportant des solutions sur mesure à ces problématiques spécifiques du territoire, permettre plus d'autonomie et de développement d'actions de santé locales basées sur l'expertise du territoire des MG, redynamisation des territoires, structure des CPTS modulable en fonction de l'évolution des problématiques de santé du territoire
Amélioration de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le parcours de soins : améliorer l'accès aux acteurs, développer les transports médicaux ambulatoires, simplifier les prescriptions des actes médico-sociaux
Prévention et Éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Réunions interprofessionnelles permettant un partage de documents pour améliorer l'éducation thérapeutique

Organisation du retour à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Aménager les conditions de soins à domicile avec l'aide des collectivités territoriales - L'hôpital comme structure locale d'hébergement temporaire pour personnes âgées avec difficulté de maintien à domicile
Instauration de délégations de tâches	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le confort d'exercice par la disponibilité physique et mentale des MG (ex : post-it gérés par des assistants médicaux référents) - Augmenter le temps de soin en déléguant des tâches aux autres professionnels de santé : des actes sociaux du MG aux assistantes sociales, du rôle de coordinateur par un professionnel du management avec formation de Master en Santé Publique - Utiliser toutes les compétences : délégation de certains actes infirmiers aux aides-soignantes libérales, prise en charge des patients désadaptés à l'exercice physique par des éducateurs sportifs et non des kinés
Mise en place des outils informatiques « socles »	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la coordination entre les professionnels de santé par l'utilisation : des outils de téléconférence ; d'une application avec le dossier de patient sous forme de carte heuristique comme interface pour chaque professionnel ; du DMP comme outils de communication avec les autres professionnels et l'Hôpital, contenant les examens complémentaires incrémentés automatiquement et informations-documents gérés par le patient-logiciel métier comme simple support de prise de notes ; du développement d'un réseau social entreprise - Améliorer la permanence et le parcours de soins : développement de la téléconsultation, créer un numéro unique pour coordonner les SNP et les soins pluridisciplinaires, et une plate-forme d'agenda partagé pour les SNP - Partage national des outils créés par les différentes CPTS
Contribution à la formation initiale des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Développement de la formation interprofessionnelle pluridisciplinaire et de la formation des nouveaux métiers de la santé par un savoir-faire local - Formation dès l'internat sur la transition populationnelle, la coordination, la pluriprofessionnalité, par des acteurs de terrain engagés dans des CPTS - Protocolisation : harmonisation des pratiques locales par des RCP - Recherche en soins primaires (SP) : construction des missions des CPTS autour d'une thématique de recherche, nouvelle approche des études de santé publique pensées sur un territoire et non sur une patientèle, développement d'un réseau d'investigateurs universitaires pour la spécialité MG, aide d'ARC en SP pour développer des recommandations adaptées en MG

A l'issue de ces éléments de comparaison, on s'aperçoit donc que les résultats de l'axe thématique du chapeau noir et une partie de l'axe thématique du chapeau rouge concentrent les freins à la mise en place de ces missions attendues des CPTS par les institutions, alors que les axes thématiques du chapeau vert et du chapeau jaune, en partie, permettent de formuler des propositions pour surmonter les obstacles évoqués.

On peut également noter plusieurs points d'ambivalence dans le discours des MG : la gestion des « soins non programmés » provoque de nombreuses craintes mais aussi l'enthousiasme de développer des stratégies pour améliorer la permanence des soins ; lorsque l'on évoque la gestion de la démographie médicale, certains doutent de la capacité des CPTS à favoriser l'installation des jeunes MG, quand d'autres les trouvent attrayantes pour ceux-ci ; l'amélioration du lien ville-Hôpital est tantôt mis en doute, et d'autres fois laisse déjà penser à une possibilité d'exercice professionnel mixte pour les MG ; la délégation de tâches aux autres professionnels de santé peut d'une part représenter la perte d'un statut de référent du MG ou d'autre part représenter un nouveau statut de leader des soins primaires sur un territoire qui les effraie.

Ainsi, après lecture de ces propositions, nous pouvons émettre des hypothèses voire énoncer des perspectives pour inciter des initiatives afin de déjouer ces barrières au développement des CPTS, mentionnées par les MG de l'étude. Nous pouvons alors citer :

- La gestion par les soins primaires des soins non programmés grâce à la mise en commun des plages horaires « vides » des MG du territoire à l'aide d'un outil numérique d'agenda partagé ;
- Une articulation avec l'hôpital de proximité qui comporterait des services d'accueil en cas de difficulté de maintien à domicile pour les personnes âgées fragiles, gérés par des MG, faisant le lien avec leurs médecins traitants, par le biais des CPTS ;
- Le renouvellement des prestations sociales par les assistantes sociales de la CPTS et l'aide des infirmier(e)s de pratique avancée pour l'éducation thérapeutique des patients souffrant de pathologies chroniques ;
- Un dossier médical partagé numérique didactique permettant aux patients de générer leurs documents, rendus accessibles aux professionnels de santé de leur choix ;
- La formation dès le 2^{ème} cycle sur la transition populationnelle, la pluriprofessionnalité et les parcours intégrés aux soins, par des acteurs de terrain engagés dans des CPTS ;
- Et le développement de la recherche en soins primaires permettant une protocolisation et la rédaction de recommandations adaptées aux soins primaires.

2) Analyse de ces résultats en fonction du profil des acteurs

Notre population d'étude était plutôt masculine, jeune (26-48 ans), exerçant déjà pour la plupart en exercice coordonné (MSP ou cabinet de groupe) avec pour la majorité d'entre eux une sensibilité universitaire du fait de leur statut de MSU et d'enseignant-chercheur. Autant de caractéristiques qui ont pu orienter les discussions lors des entretiens de groupe, chez une population plutôt *a priori* favorable à l'esprit de regroupement, d'interdisciplinarité, et d'investissement dans la formation et la recherche. Cependant, la répartition équitable entre MG déjà impliqués dans un projet de CPTS et ceux en réflexion sur le sujet ou venus le découvrir, a permis une vraie dynamique d'idées intéressantes notamment sur les conditions de mise en place pratique de ce nouveau mode d'organisation des soins ambulatoires, avec des questionnements pour certains et déjà des débuts de réponse pour d'autres. On note également une majorité de participants exerçant dans des territoires plutôt ruraux, reflétant l'intérêt et peut-être le besoin de ces professionnels de discuter d'une façon de mieux organiser les soins ambulatoires sur leur territoire.

Ainsi, même si l'approche qualitative ne permet pas de conclure en termes de prévalence et de relation de cause à effet, on peut observer que la seule caractéristique du profil des acteurs semblant différencier la fréquence des freins ou des leviers (pour la mise en place des missions attendues des CPTS par les institutions) présents dans leur discours, est leur relation au projet CPTS. En effet, il semblerait que ces freins soient équitablement partagés entre les MG impliqués dans un projet de CPTS et ceux non encore engagés dans ces structures, alors que les leviers semblent plus fréquemment exprimés par ceux déjà concernés activement par le projet. Ceci met alors en avant le rôle d'acteur clé des MG déjà porteurs de CPTS pour permettre de mobiliser leurs confrères, encore septiques ou hésitants, de par leur expérience du terrain qui leur confère une réelle expertise sur la mise en place pratique du projet CPTS.

3) Forces et limites de l'étude

Notre étude a permis de recueillir, pour la première fois, l'opinion d'une population de MG à propos du développement des CPTS, de manière libre et exhaustive grâce à l'approche qualitative. Cependant, elle ne permet pas de généraliser leurs réponses à l'ensemble des professionnels de santé même si la réalisation des *focus groups* dans un congrès national permettait d'avoir un échantillon varié de médecins généralistes. De plus, le choix de réaliser

les entretiens de groupe lors d'un congrès universitaire a de manière évidente sélectionné la population de l'étude avec des participants explicitement intéressés par le sujet et pour la plupart habitués à la réflexion de recherche. Ainsi, la CPTS, ayant pour but de réunir l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire, il serait également intéressant d'apprécier la prévalence de ces résultats auprès d'une population de médecins généralistes non adeptes des congrès de spécialité, et celle des autres professionnels de santé des soins primaires. Nos résultats peuvent donc contribuer à la rédaction d'un questionnaire adapté à ces nouvelles questions de recherche.

4) Confrontation aux données de la littérature internationale

Selon Bourgeuil et al. 2009 (4), il existe trois modèles types d'organisation des soins :

- le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État, comme en Espagne/Catalogne, en Finlande et en Suède ;
- le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système, comme en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, ou encore au Royaume-Uni ;
- et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs, comme observé en Allemagne, aux Etats-Unis ou au Canada.

Les diverses réformes d'organisation des soins primaires de ces pays aux systèmes de soins différents peuvent être une source de réponses aux freins évoqués par nos participants concernant la mise en place des missions attendues des CPTS par les institutions. En effet, selon Erlar et al. 2011 (10), bien qu'ils diffèrent sur les procédés, les Pays-Bas, l'Angleterre et les Etats-Unis, réorganisent leur système de soins de façon à placer le patient en son centre, et développent la coopération et la coordination entre les différents secteurs du soin, afin d'améliorer le parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques. De plus, cette volonté forte des Etats à améliorer l'organisation de leur système de soins, ne se traduit pas pour autant par une augmentation des dépenses de soins. C'est ce que laisse penser Pavlič et al. 2018 (30), dans une étude menée dans 31 pays européens, en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande auprès de 6734 médecins généralistes, à travers un questionnaire contenant 60 questions leur demandant d'évaluer la force de l'offre en soins primaires de leur pays. Effectivement, ces résultats ont montré que l'amélioration de la continuité des soins et de l'offre de soins est significativement liée à l'augmentation des dépenses en santé de ces pays, mais pas l'amélioration de la coordination des soins. On comprend alors l'enjeu pour les Etats de réorganiser pour optimiser l'offre de soins.

Même si l'amélioration de la continuité des soins s'est heurtée dans notre étude à l'inquiétude des MG de voir augmenter les soins non programmés, la revue de la littérature de Hong et al. 2020 (17) comprenant 26 études (Etats-Unis, Australie, Belgique, Angleterre, Irlande, Pays-Bas, Canada, Italie, et Ecosse), dont 20 examinant l'impact de l'amélioration de l'accès à la permanence des soins primaires sur le recours aux services d'urgences et 6 études examinant cet impact sur le recours aux soins primaires, a montré que l'accès à la permanence des soins primaires est certes associé à l'accroissement du recours aux soins primaires (avec un effet mitigé sur la réduction du recours aux services d'urgences) mais qu'il permet, par la suite, de rediriger des patients vers les MG pour leur suivi. Ainsi, la revue de la littérature de Margaret M. Fry 2009 (13), à travers 74 études de 1970 à 2008 (Royaume-Uni, Etats-Unis, Irlande, Canada, Danemark, Suède et Australie), a identifié 6 modèles de permanence des soins avec un impact sur le recours aux services d'urgences, à savoir des centres téléphoniques de triage, des établissements de permanence de soins organisés par les MG, des services d'urgences relatives, des maisons de santé et des services de transports sanitaires médicalisés ou non ; et a mis en évidence des freins et des leviers au succès et à la pérennité de ces modèles. La revue a alors identifié 7 freins, que sont la rapidité de mise en relation avec le centre téléphonique de triage, le rôle de « *gate-keeper* » du MG dans le système de santé, une mauvaise échelle de triage, le rôle des transports paramédicaux, l'absence de dossier médical partagé entre le 1^{er} et le 2^d recours, le comportement et les attentes des patients et le manque de financement. Les 6 leviers reposent, quant à eux, en la collaboration, la localisation géographique des services de permanence des soins, des services de santé sans rendez-vous, des financements encourageant le développement de ces services, le rôle des infirmières de pratique avancée, l'augmentation des remboursements par l'assurance-maladie, et les campagnes d'information des médias influençant le comportement des patients.

De même, l'égalité d'accès aux soins s'est vue opposée à la notion de territoire qui est apparue pour certains comme pouvant être un cloisonnement rigide limitant le choix et l'accès au praticien pour le patient. Cependant, P. Iosti 2020 (22) a mené une étude qualitative à Sao Paulo au Brésil auprès de 100 patients afin d'évaluer la mise en place de la territorialisation des soins primaires d'un bassin de population à travers l'accès aux soins et la satisfaction des patients du territoire. Elle a alors pu montrer que l'organisation territoriale des soins était appréciée des patients et qu'elle peut être un outil utile d'approche de santé communautaire, à condition que le découpage territorial soit bien réfléchi. En effet, Huguet et Sánchez 2019 (19) ont décrit que la mise en place de systèmes de coordination des soins primaires en Catalogne

était associée à un délai de rendez-vous inférieur à 72h dans 83,9% des cas, tout en permettant une maîtrise autonome de leur planning pour 87,5% des professionnels de santé y travaillant (1474 dont 90% de médecins ou IDE, 78,1% de femmes, 48 ans d'âge moyen et 87% travaillant en zone non rural).

Ensuite, la volonté des autorités que les CPTS prennent en charge les publics fragiles du territoire et se coordonnent avec la santé mentale, se confronte à la difficulté pour les MG du passage d'une rationalité individuelle à populationnelle. Toutefois, de Stampa et al 2014 (9) a décrit l'impact de la mise en place d'un réseau de coordination de soins pour personnes âgées « fragiles » du 16^{ème} arrondissement de Paris dans une étude menée auprès de 428 patients (105 dans le groupe interventionnel et 323 dans le groupe témoin. Celle-ci diminuait le risque de façon significative d'hospitalisations non programmées, de dépression et de dyspnée dans l'année pour ces patients. Au Québec, de nombreuses réformes ont été conduites de 2005 à 2010 pour améliorer la coordination des soins en santé mentale avec un rôle clé des MG dans la prise en charge des troubles mentaux. Ces réformes visent principalement l'intensification du travail en réseau des MG avec les intervenants psychosociaux et les psychiatres. Cependant, comme décrit par M-J Fleury 2014 (12), celles-ci manquent de stratégies d'implantation pour optimiser le déploiement de réseaux intégrés de soins et de bonnes pratiques en santé mentale.

De plus, l'amélioration de la qualité des soins par les CPTS s'est vue opposée à la crainte d'une difficulté à prendre en charge les patients chroniques par une possible part croissante des soins non programmés. Ainsi, la réforme de l'*Affordable Care Act* (dit « *Obamacare* ») adoptée en 2010 aux Etats-Unis s'appuie sur deux axes principaux : l'amélioration de l'accès à la couverture santé pour les nombreux américains non ou mal assurés ; et le renforcement de la coordination entre les professionnels de santé, l'amélioration de la qualité des soins et services rendus et de leur efficience. Elle a montré que l'amélioration est significative et non négligeable en matière de suivi des pathologies chroniques, et significatives (mais modestes) en matière de réduction des soins à faible valeur clinique selon McWilliams et al. 2016 (27). De même, une revue de la littérature de 2008 par Powell Davies et al, incluant 85 études entre janvier 1995 et mars 2006 (Etats-Unis, Australie, Royaume-Uni, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et Canada) a identifié 2 types de stratégies de coordination au sein des soins primaires et avec le second recours : une stratégie communicationnelle incitative ou de réels changements structurels soutenus par les institutions pour la coordination des soins primaires. Toutes étaient associées à une amélioration de la santé de la population et plus de 50% d'entre elles à la satisfaction des

patients, notamment lorsque les interventions utilisaient plusieurs stratégies dont la désignation par le patient d'un médecin traitant.

Aussi, certains ont évoqué des difficultés de montage des missions de prévention et d'éducation thérapeutique au niveau populationnel. Or, Holleder et al. 2017 (16) ont décrit le développement des « *Health Regionsplus* » en Bavière comme structures de coordination des soins locaux ayant pour but d'améliorer la santé de la population, la qualité de vie, l'égalité d'accès aux soins ; et de développer davantage les soins de santé locaux. Elles impliquent tous les acteurs concernés du système de santé régional et sont présidés par l'administrateur du district ou le maire avec un bureau de coordination qui organise l'échange d'informations et d'expériences entre elles. Soutenues par un financement de l'Etat pour la création de 24 structures à hauteur de 50 000 euros par an pour chacune, elles ont pu développer des projets de soins locaux principalement dans les domaines de la prévention ou la promotion de la santé, mais aussi dans des domaines spécifiques régionaux.

Puis, de nombreuses discussions autour de l'organisation de l'accès au second recours ont portées sur les craintes de rapport de force avec l'Hôpital. Cependant, la revue systématique de Sampson et al. 2015 (31) incluant 39 études qualitatives (689 patients de 10 pays : Israël, Ecosse, Angleterre, Pays-Bas, Suède, Pologne, Espagne, Italie, Australie, Nouvelle-Zélande) a permis d'explorer l'expérience des patients sur l'interface des premier et second recours à travers 4 dimensions : les obstacles aux soins, la communication, la coordination et les relations interprofessionnelles. La plupart du temps, les patients ont en effet noté des tensions dans les relations entre les soins primaires et secondaires, certains exprimant l'opinion selon laquelle les MG et les médecins hospitaliers ne travaillaient pas ensemble. Ainsi, Aller et al. 2017 (1) ont réalisé une étude qualitative dans 3 réseaux de santé catalans auprès de 26 médecins de soins primaires et 24 de soins secondaires, afin d'évaluer leur avis sur la contribution des moyens de coordination pour améliorer la collaboration entre ces 2 secteurs. Avec quelques différences entre les réseaux, les médecins ont identifié des mécanismes similaires contribuant à la coordination : un dossier médical partagé facilitant le transfert de l'information clinique, des conférences de cas cliniques qui favorisent la connaissance mutuelle et la formation des médecins de soins primaires, les téléconsultations, et des protocoles téléphoniques pour adresser les patients aux spécialistes. Les médecins ont alors identifié des facteurs organisationnels (temps insuffisant, horaires incompatibles) et professionnels (se connaître,

attitude envers la collaboration, préoccupations sur les erreurs de diagnostic) qui influencent l'utilisation de ces mécanismes.

Enfin, l'instauration de délégations de tâches a fait débat par crainte de perte de certains actes voire du statut de référent des soins primaires par le MG. Toutefois, la revue de littérature de Laurant et al. 2005 (25) comportant 25 articles, a évalué l'impact de la substitution médecin-infirmière en soins primaires sur les conséquences pour les patients, le processus de soins et l'utilisation des ressources. Les résultats suggèrent que la substitution médecin-infirmière a le potentiel de réduire la charge de travail des médecins, mais celle-ci peut rester inchangée parce que les infirmières sont déployées pour des besoins de soins auparavant non satisfaits ou parce qu'elles génèrent une demande de soins là où il n'y en avait pas auparavant. De même, J. Szecsenyi a décrit en 2010 (32), le concept de « *disease management* » en Allemagne, centré sur le médecin traitant avec de nouvelles démarches, plus proactives, comme le suivi au téléphone des patients inscrits, réalisé au cabinet par des assistantes médicales spécifiquement formées en 3 ans. L'activité de ces assistantes combine traditionnellement des travaux de secrétariat médical et des tâches cliniques de technicité limitée (prise de sang, mesure de la pression sanguine, etc.), ce qui permet aux cabinets médicaux allemands d'offrir des services plus étendus qu'en France. Il n'est alors pas démontré de baisse d'activité des médecins généralistes qui apparaissent comme les interlocuteurs centraux de ce système.

La littérature internationale constitue donc une source d'enseignement pour surmonter les obstacles au déploiement des CPTS et de leurs missions sur le territoire national. En effet, le succès de la gestion de la permanence des soins primaires réside en des centres téléphoniques de triage et des établissements de permanence de soins organisés par les MG, implantés selon une logique géographique réfléchie, renforcés par le rôle des infirmières de pratique avancée (qui majoritairement procurent des services de soins inexistants auparavant), et articulés par des services de transports sanitaires adaptés. De même, un découpage territorial avisé forge un outil efficace d'approche de santé communautaire par des projets de soins locaux spécifiques aux besoins du territoire notamment dans les domaines de la prévention et de promotion à la santé. Enfin, l'expansion des moyens de coordination contribue à l'amélioration de la collaboration entre les secteurs primaire et secondaire par un dossier médical partagé, des téléconférences de cas cliniques, des téléconsultations, et des lignes téléphoniques directes pour optimiser le parcours de soins des patients.

CONCLUSION

Notre étude a permis de dégager des premiers éléments de réponse concernant les motivations et les réticences des médecins généralistes en France à la mise en pratique des missions des CPTS attendues par les institutions.

Certains ont décrit des inquiétudes notamment concernant le passage d'une rationalité individuelle à une rationalité collective, une sectorisation de la médecine générale par un cloisonnement rigide du territoire, une augmentation des soins non programmés, un rapport de force avec l'Hôpital, voire une perte du statut de référent des soins primaires par le biais de la délégation de tâches aux autres professionnels de santé des soins ambulatoires.

D'autres y ont vu la possibilité d'améliorer le travail pluriprofessionnel, de mieux gérer la démographie médicale territoriale notamment par une redynamisation des territoires, de développer des projets de soins adaptés aux besoins spécifiques locaux, d'augmenter le temps de soin en utilisant toutes les compétences du territoire, de développer de nombreux outils innovants de coordination entre les professionnels de santé à partager au niveau national, d'améliorer le parcours de soins par un meilleur accès aux différents acteurs des soins primaires, et de développer des recommandations adaptées en médecine générale par le biais de protocoles de recherche pensés sur un territoire, véritables outils de reconnaissance des soins primaires.

Il serait alors intéressant de confronter ses premiers résultats à une population de médecins généralistes plus large et diversifiée à l'aide de questionnaires pour en évaluer la prévalence. Les résultats intermédiaires de cette étude font d'ailleurs l'objet d'une thèse quantitative de médecine générale réalisée au DMG de l'UPEC.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aller M-B, Vargas I, Coderch J, Vázquez M-L. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res.* 22 déc 2017;17:842.
2. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:142-5.
3. Boisnault P, Certain M-H, Frappé P. Communauté professionnelle territoriale de santé (cpts) : enjeux et ressources pour le médecin généraliste. *Collège de la Médecine Générale.* sept 2019;4.
4. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. 2009;6.
5. Calvez C. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 Dossier Documentaire. 2018;55.
6. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. *drees.solidarites-sante.gouv.fr.* [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en>
7. CNGE. Manifeste pour un système de santé organisé [Internet]. *cnge.fr.* 2019 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/manifeste_pour_un_syste_me_de_sante_organise/
8. De Bono E. Les six chapeaux de la réflexion, la méthode de référence mondiale. Eyrolles. 2017.
9. De Stampa M, Vedel I, Buyck J-F, Lapointe L, Bergman H, Beland F, et al. Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 1 mai 2014;58(3):350-5.
10. Erler A, Bodenheimer T, Baker R, Goodwin N. Preparing primary care for the future - perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen.* 2011;105(8):571-80.
11. Fauchier-Magnan E, Wallon V. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé Appui à la DGOS [Internet]. *Igas.gouv.fr.* 2018 [cité 18 juin 2019]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=D%C3%A9ploiement+des+communaut%C3%A9s+professionnelles+territoriales+de+sant%C3%A9+Appui+%C3%A0+la+DGOS&rlz=1C1CHBF_frFR785FR785&oq=D%C3%A9ploiement+des+communaut%C3%A9s+professionnelles+territoriales+de+sant%C3%A9+Appui+%C3%A0+la+DGOS&aqs=chrome..69i57.799j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

12. Fleury M-J. La réforme des soins primaires de santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. *Santé mentale au Québec*. 2014;39(1):25.
13. Fry MM. Barriers and facilitators for successful after hours care model implementation: Reducing ED utilisation. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 1 nov 2009;12(4):137-44.
14. Gracchus C. Utilisation d'Entr'Actes dans la mise en place d'une CPTS, avis et retour d'expérience des professionnels de santé l'ayant utilisée [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2017.
15. HCAAM. Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé [Internet]. strategie.gouv.fr. 2018 [cité 21 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-Rapport-HCAAM-2018>
16. Holleder A, Eicher A, Pfister F, Stühler K, Wildner M. [Networking, Coordination and Responsibilities based on Health Regionsplus: New Health Political Approaches and Developments in Bavaria]. *Gesundheitswesen*. août 2017;79(8-09):613-6.
17. Hong M, Thind A, Zaric G, Sarma S. The impact of improved access to after-hours primary care on emergency department and primary care utilization: A systematic review. *Health Policy*. 27 mai 2020;124(8):812-8.
18. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue Médicale Suisse* [Internet]. 1 janv 2004 [cité 7 nov 2020]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
19. Huguet XB, Sánchez JR. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 21 janv 2019;16.
20. Insee. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 [Internet]. Insee. 2020 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
21. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
22. Iosti P. Territorialization of care and proximities in a community-based primary care system: What are the results on access to care and resident satisfaction? A case study from São Paulo. *Health & Place*. 1 nov 2020;66:102451.
23. L'Assurance Maladie. Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée [Internet]. Améli.fr. 2020 [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php>
24. L'Assurance Maladie. Données statistiques sur la patientèle des professionnels de santé libéraux [Internet]. Améli.fr. 2019 [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/patientele/patientele-des-medecins.php>

25. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 18 avr 2005;(2):CD001271.
26. Marty L. Recherche qualitative en médecine générale: Expérimenter le focus group. *Exercer.* 1 janv 2011;22:129-35.
27. McWilliams J, Chernew M, Landon B, Schwartz A. Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *N Engl J Med.* 13 avr 2016;374(24):2357-66.
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des professionnels de santé [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2016 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/>
29. Missègue N. Appréhender les territoires ruraux dans les études de la DREES - Construction d'une typologie à partir des zonages d'étude existants [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2020 [cité 13 nov 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/apprehender-les-territoires-ruraux-dans-les-etudes-de-la-drees-construction-d>
30. Pavlič DR, Sever M, Klemenc-Ketiš Z, Švab I, Vainieri M, Seghieri C, et al. Strength of primary care service delivery: a comparative study of European countries, Australia, New Zealand, and Canada. *Primary Health Care Research & Development.* mai 2018;19(03):277-87.
31. Sampson R, Cooper JJ, Barbour RS, Polson R, Wilson P. Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ open.* 2015.
32. Szecsenyi J. Programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne. *Revue française des affaires sociales.* 22 oct 2010;(3):81-95.

ANNEXE 1 : RECUEIL DE DONNÉES

Questionnaire de présentation des médecins généralistes
Cochez ou remplir les cases correspondantes

FOCUS GROUP N°...		
Nom de l'animateur :		
NOM Prénom		
Adresse mail		
Sexe	F	
	M	
Age		
Année installation		
Commune d'exercice (code postal)		
Mode d'exercice	Seul(e)/libéral(e)	
	Cabinet de groupe de MG	
	Maison pluriprofessionnelle	
	Centre de santé	
Organisation des consultations	RDV uniquement	
	Sans RDV uniquement	
	Avec et sans RDV	
Secrétariat/Télé secrétariat	oui	
	non	
Nombre de patients « médecin traitant »		
Nombre moyen d'actes/an		
Activité d'enseignement	Aucune	
	MSU	
	Enseignant(e)	
Activité de recherche	Aucune	
	Investigateur(trice)	
	Chercheur(se)	
Secteur de conventionnement	Non conventionné(e)	
	Secteur 1	
	Secteur 2	
Projet de CPTS	Existant sur le territoire	
	Participant au projet	
	Porteur du projet	

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

<u>Thématique</u>	<u>Question ouverte sur la thématique</u>	<u>Penses-bêtes ou Relances</u>
Territoire	Que représente pour vous votre territoire d'exercice ?	Quelles sont les difficultés et obstacles que vous y rencontrés personnellement ? Quelle serait la bonne échelle territoriale pour vous ? Quels sont les besoins spécifiques à votre territoire ? Quels besoins non couverts ont été identifiés sur votre territoire ? Quelles stratégies ont été développées pour y remédier ?
Coopération	Quelle est la nature de vos relations avec les autres professionnels de santé sur votre territoire ?	Quelles sont les occasions de rencontre entre professionnels ? Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés pour améliorer selon vous les relations interprofessionnelles ? Quelles sont vos relations avec les structures de soins aux alentours ?
Communauté	Que pensez-vous du concept de communauté professionnelle ?	Quels seraient vos besoins, en tant que communauté professionnelle de santé pour pouvoir exister ? Comment pourrait-on vous aider à former une communauté professionnelle ?
Montage	Comment pensez-vous vous organiser entre professionnels du territoire pour travailler ensemble ?	Avez-vous vous une méthodologie pour mener à bien ce projet ? Connaissez-vous les moyens de financement ?
Gouvernance	Comment envisagez-vous le mode de fonctionnement pour la communauté professionnelle ?	Comment se déroulera la prise de décisions ? Quelle serait la position des médecins ? Quelle structure juridique choisiriez-vous ? Comment verriez-vous l'articulation avec les structures existantes type MSP / CMS / ESP ? Quelle serait la place des GHT dans ce projet ?
Formation	Quelle est l' attractivité actuelle de votre territoire pour les jeunes professionnels ?	Comment cela se passe en pratique, pour recevoir des professionnels en formation ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer leur accueil ?

ANNEXE 3 : FOCUS GROUP N° 2 (choisi comme FOCUS GROUP TYPE)

- “ D. C, médecin généraliste à La Réole, projet de CPTS, oui.”
- “ F.U, médecin à St-Quentin en Yvelines, sur un projet de CPTS.”
- “ D.D, installé à côté de Boulogne-sur-Mer et aussi porteur de projet.”
- “A.Z, médecin généraliste à Cannes, et embarqué dans un projet de CPTS.”
- “ E.B, installé à Nice c'est pas encore de projet pour l'instant.”
- “ F-X.M, installé à Rennes, pas porteur de projet, découverte.”
- “ L.G, je suis porteuse d'un projet de CPTS.”
- “ F.L, Grand Lille, porteur d'un projet de CPTS.”
- “ P.B, Le Creusot, 61011, je m'occupe des assistants médicaux, je sais pas ce que c'est les CPTS mais je crois que c'est pareil avec un jeune médecin qui s'installe.”
- “ L.M, je viens juste de terminer l'internat, et je suis remplaçante en Occitanie, je suis intéressée par tous les projets de santé publique dont la CPTS.”
- “ J-C.P, je suis médecin généraliste à Montrejeau, dans la Haute-Garonne, et je peux pas dire que je sois porteur, on est dans des limbes de projet de CPT dans la région qui est centrée sur St-Gaudens.”
- “D.C, Grenoble, pas de projet de CPTS en cours.”
- “ Et Y.G, Grenoble, coordinateur MSP, et non-porteur de projet.”

- E.F : “ Merci beaucoup. Donc nous avons 4 missions de 10 minutes, inspirées de la méthode des chapeaux de Bono, et nous allons commencer par sortir le chapeau rouge pour tout le monde. Donc le chaperon rouge a attiré aux émotions. Et donc on va vous demander votre santé, c'est-à-dire votre senti, ça englobe les intuitions, les émotions, les impressions, les pressentiments, tout ce qui est subjectif par rapport à la CPTS. Donc la parole est à vous.”
- P.B : “ Une certaine excitation. L'histoire d'assistants, mon maître, mon professeur de médecine générale m'en parlait quand j'étais en fin d'étude en fin des années 70. J'ai un

peu l'impression d'être dans le désert des tartares, c'est-à-dire qu'on y arrive au moment où je vais partir en retraite. Ça m'intéresse, il y a un côté démocratique dans cette histoire, que je ressens. L'idée de ne plus avoir une relation duelle, mais à 3, ça me plaît beaucoup et voilà. Plutôt confiant. Un peu fatigué.”

- E.F : “ Excitation en tout cas.”
- P.B : “ Ouai.”
- E.F : “D'autres ressentis, pressentiments, émotions ?”
- A.Z : “ Oui donc dans les ressentis, l'impression d'être pressé, pressé par la société, pressé par les confrères. Et à côté de ça, avoir l'impression qu'on ne maîtrise rien et on se dit “bon bah peut-être qu'il faut se lancer dans cette aventure avant qu'elle ne nous embarque comme une vague dans une tempête”. Voilà.”
- E.F : “ Donc impression de ne pas maîtriser la tempête. D'autres réactions? Donc vous donnez bien votre prénom avant et ensuite ce que vous ressentez.”
- F-X.M : “ Du coup moi ce que je ressens quand on parle de CPTS, c'est un peu comme une excitation, enfin, de travailler en groupe sur une population, le travail en groupe ou le développement de la santé publique sur un territoire, ça me parle beaucoup. Après dans les points qui me rebutent aussi, c'est un sentiment ambivalent, c'est, j'ai l'impression qu'il va falloir développer beaucoup, beaucoup d'énergie Pour en arriver là, il est avec toutes les contraintes peut-être administratives aussi qui font peur sans connaître en fait le projet. Mais tout de suite, voilà c'est un sentiment ambivalent d'excitation et de peur aussi du projet.”
- E.F : “ Par rapport à l'énergie que ça va engager. D'accord. D'autres émotions ?”
- D.D : “ C'est plus un besoin, parce qu'on est plein d'acteurs sur un territoire et on se connaît pas forcément, surtout au niveau du médico-social. Et je pense que c'est un besoin de se coordonner, de se connaître. Ça commence par ça.”
- E.F : “ D'accord, intuition du besoin de se coordonner.”
- D.C : “ Beaucoup d'appréhension en terme de charge pour organiser, Dynamiser un petit peu les groupes puisque c'est des projets qui partent toujours un petit peu de 3 personnes motivées, faut être contagieux. Voilà, donc c'est vrai qu'il y a beaucoup d'impatience de la part des institutions pour que ça se monte rapidement, parce qu'il faut les chiffres pour

débloquer les enveloppes cette année pour 2019. Donc beaucoup d'appréhension sur la charge psychologique, de une fois de plus sur un territoire, être identifiés comme les leaders qui ont déjà monté des projets pour lancer des dynamiques qui sont les énièmes réseaux de prise en charge, là pour le coup globaux, pas spécifiques. Mais c'est passionnant. Et c'est ce qui fait qu'on décroche pas et qu'on est un petit peu fou.”

- E.F : “ De la passion mais beaucoup d'appréhension sur la charge. D'autres réactions ?”
- D.C : “ Alors moi j'ai monté un cabinet de groupe, après on a labellisé en MSP et maintenant arrive la CPTS. Moi j'ai le sentiment d'être épuisée, fatiguée, et d'être sur le quai de la gare, de voir passer le train et de me dire “bon tu sautes dans le wagon où tu sautes pas”. Donc est-ce qu'on y va, est-ce qu'on y va pas? Donc voilà.”
- “ Te jettes pas sur les rails.”
- D.C : “ Non, promis, je ne me jetterai pas sur les rails.”
- P.B : “ J'ai l'impression qu'ils sont un peu paumés. Ils savent pas trop quoi faire dans les administrations et que tout est ouvert, les portes sont ouvertes, à mon avis pour 1 an et demi-2 ans, et que là il faut en profiter.”
- E.F : “ D'accord. D'autres émotions ?”
- F.U : “ Alors comme les autres, de la joie, de l'excitation, devant la nouveauté, devant la perspective que peut-être on n'est plus la main sur le dispositif. L'appréhension, la peur devant la charge de travail que ça semble sous-entendre. Et un peu de colère parce que mes premiers contacts avec l'ARS, parce qu'on nous dit que c'est les médecins, où les soignants général qui vont gérer, mais qu'on attend quand même de nous qu'on gère comme les administratifs le font.”
- E.F : “ J'ai une remarque du coup parce que vous êtes tous en joie, un peu excités à l'idée de ça, mais d'où ça provient en fait cette excitation. Qu'est-ce qui la génère ?”
- J-C.P : “ Nous n'étions rien, avant 2009, il y avait une agence régionale d'hospitalisation, ça nous concernait énormément, voilà. Et maintenant nous avons la possibilité de gérer le système de santé dans nos territoires. Alors par rapport à ceux d'entre nous qui sont les plus jeunes, voilà pourquoi c'est nous qui sommes les plus excités.”
- Y.G : “ Je suis en coordination d'une Maison de santé. Alors je suis plus jeune, j'ai 38 ans, donc 2009 c'est ma période d'installation professionnelle. Alors je suis pas du tout

excité. Je suis un peu comme ma consœur de Grenoble point vu le temps et l'énergie qu'on a mis Dans la structure, dans la formation pluriprofessionnelle; remettre une dynamique en place, à une échelle territoriale plus large, avec des partenaires qu'on connaît pas encore, donc ça va demander beaucoup, beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, avec un chaperon de l'ARS au-dessus qui vont nous maîtriser. Je suis pas du pain. On a déjà les centres de santé, Maisons de santé, un contrôle financier avec les enveloppes financières, on a des comptes à rendre. Les CPTS pour moi, ça va être pareil, et encore plus compliqués, je l'imagine plutôt comme une usine à gaz clairement. Et volontairement, on s'est concerté dans notre territoire, dans notre bassin, entre médecins, entre professionnels, et on est tous à ne pas vouloir y aller en fait. En cabinet de groupes, en Maisons de santé, on sent pas du tout..."

- E.F : " Les jeunes sont un peu réticents c'est ça ?"
- Y.G : " Ouais nous les jeunes c'est ça."
- E.F : "Tout le monde ne s'est pas exprimé..."
- F. L : " Un intérêt à participer à l'organisation future des soins. Effectivement, ce sont toujours les mêmes qui participent à toutes ces organisations là, mais c'est aussi toujours ces mêmes équipes qui ont l'expérience pour le faire avec beaucoup plus de facilité. La seule petite réticence que je peux avoir par rapport à ce projet-là, c'est ce qui vient d'être évoqué, à savoir l'évaluation à 2 ans des projets mis en place, pour voir si on continue de financer ou pas. C'est très intéressant de participer à l'organisation politique des soins. Je dis bien politique des soins, au sens de l'organisation de la cité. Mais la notion de bénévolat devient compliquée quoi. "
- E.F : " Merci pour ce commentaire. "
- L. G : " Moi je trouve que c'est une superbe opportunité. C'est pour ça que nous sur le territoire, on se lance. Après bien sûr, il y a l'anxiété, le stress de savoir ce que ça va donner, dans le sens où on nous propose, je pense à un beau cadeau avec un bel emballage. Après à l'intérieur on sait pas trop ce qu'on va trouver, et on savait pas trop ce que nous on va réussir à faire. Donc c'est un projet qui va demander beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, sans être sûr du résultat. Mais si on y va pas, on sera pas point et pour une fois qu'on, moi je suis installée depuis 2 ans, et donc j'ai pas votre

ressenti d'avant, mais moi je me dis c'est absolument génial pour le moment sur le papier, qu'est-ce que ça donnera ?”

- E.F : “ Une dernière remarque ?”
- F.L : “ Juste pour reprendre la métaphore de tout à l'heure, on a quand même intérêt à être dans la locomotive quoi.”
- L.G : “ Donc moi je suis complètement dans la découverte de la CPTS. Donc j'ai absolument aucun recul sur ce que vous êtes en train de dire là, l'appréhension ect, que vous pouvez avoir. Moi je suis très sensible à l'offre de soins sur le territoire, l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Et surtout très enthousiaste à l'idée de mettre la santé publique au cœur de la prise en charge des patients et la pluriprofessionnalité également. Voilà.”
- E.F : “ Merci pour vos remarques. Je vous propose que pour les 10 prochaines minutes on passe au chapeau vert, qui est un chapeau qu'on enfile pour la créativité. Donc c'est qu'est-ce que je peux proposer ? C'est quoi vos idées autour de la CPTS ? Voilà. Quelles sont vos idées ? Comment vous voyez la CPTS, c'est quoi votre idée de la CPTS dans sa construction, dans ce que c'est ?”
- F.U : “Moi j'ai une idée par exemple, mais je crois qu'elle est mauvaise, c'est de créer un site sur lequel tous les médecins indiqueraient leurs disponibilités horaires de façon à ce que les patients en attente de soins non programmés puissent dire “Ah bah tiens là y'a tel médecin qui veut bien me recevoir”. Mais il semblerait que la plupart des médecins soit trop “booké” pour accepter ce jeu-là.”
- E.F : “D'accord. Donc un espèce d'agenda partagé de toutes les dispo. Toutes les disponibilités ou certaines disponibilités ?”
- F.U : “ Quand ils veulent. Quand ils disent “ok, là je peux recevoir un patient”. “
- E.F : “ D'accord. Donc des idées sur comment on ferait cette CPTS ? Qu'est-ce qu'il y aurait dedans ? “
- A.Z : “ Quelque chose de différent, ce serait d'avoir un logiciel médical partagé, unique, sur tous les territoires. Parce que là actuellement, c'est particulièrement compliqué, donc financé par la CPAM si possible.”

- E.F : “ Donc un logiciel médical partagé, médicaux et paramédicaux?”
- A.Z : “ C'est ça exactement.”
- E.F : “D'autres idées ?”
- F-X.M : “ Et pas un logiciel en plus du logiciel médical qu'on a déjà dans nos cabinets, par exemple le dossier médical partagé, voilà. Dans les idées, alors moi je vois vraiment ça comme...Moi je suis jeune, ça fait un an que j'ai fait du remplacement régulier sur un cabinet et là je suis passé collaborateur depuis octobre dans ce cabinet, dans un territoire que je connais, c'est là où j'ai étudié, et par contre je connais pas du tout le réseau, c'est-à-dire les spécialistes, aussi bien médicaux que paramédicaux, les hôpitaux et tout ça. Et moi je vois ça vraiment comme m'apporter une toile d'araignée, un réseau, que je peux utiliser, que ce soit quels sont les infirmiers et les infirmières ASALEE du coin, et retrouver tout ça assez rapidement sur, je sais pas, un site internet ou quelque chose comme ça. Une vision précise du territoire exactement, les soins psychiatriques, les soins ect. Voilà, le médecin s'installe...Une chose qui s'organise peut-être déjà, mais avec un travail d'amont quoi.”
- E.F : “ Pour approfondir une remarque que vous avez fait sur le logiciel métier, c'est que le logiciel métier, il intégrerait d'autres agents comme les logiciels de DMP-santé. Ce serait unique, un autre logiciel qui intégrerait aussi les parcours de soins? Où ce serait un logiciel en plus ?”
- A.Z : “ Voir un logiciel unique, pour tout, plusieurs volets : social, médical...”
- Y.G : “ Comme autre modalité, les relations avec les maisons des réseaux sur le territoire, qui possèdent déjà des annuaires-santé, des adresses de correspondants, d'associations et un annuaire médico-social. Nous en tout cas sur mon territoire, c'est ce qu'on a de disponible en accès libre. Autre proposition, une organisation locale, notamment entre médecins, sur l'organisation de la demande de soins non programmés, sur laquelle on avait déjà réfléchi en local, pour ceux qui ne voulait pas partir en CPTS justement, mais on était intéressé par l'organisation territoriale quand même. À tel point qu'on avait prévu d'organiser à plusieurs une forme de permanence de soins non programmés, où chacun passait à tour de rôle sur une demi-journée, ou une journée, était fléché sur le territoire, comme faisant de la demande de soins non programmés, sachant que beaucoup de nos collègues sont en rendez-vous programmés, avec quelques

plages de demande de soins non programmés, mais on souhaitait qu'il y en a un qui se dédie par demi-journée, ou par journée, à faire que ça sur le territoire, pour des patients qui n'avaient pas accès à leur médecin, donc y était fléché comme ça.”

- E.F : “ 60 000 personnes ? “
- Y.G : “ Non, sur un territoire plus petit que ça. Qu'il soit indiqué, sur nos téléphones, sur nos secrétariats téléphoniques, comme étant la ressource locale de temps en temps. Faciliter l'accès à la téléconsultation, parce qu'on a quand même pas mal de demandes de soins non programmés qu'on peut essayer de régler par téléconsultation. De réserver des créneaux dans les différents cabinets réservés pour cette régulation ambulatoire. On arrive sur la PDSA en ambulatoire, sur la régulation de soins en ambulatoire faite par des généralistes indépendants du centre 15. Alors, on a pas mal de possibilités, sans se mettre la casquette CPTS-labellisé-structuré. Voilà.”
- E.F : “ Ça rejoint un peu ce que dit votre collègue. C'est-à-dire qu'il y a des créneaux qui sont un peu libre...”
- D.D : “ Juste pour vous dire, les soins non programmés ça fait partie du socle des CPTS. Donc c'est obligatoire, donc ça on n'aura pas le choix.”
- D.C : “ Moi mon fantasme en termes de créateurs c'est qu'on soit des partenaires avec ces institutions. On monte le projet de santé, on met le cahier des charges techniques, mais la gestion, les ressources, les appels d'offres pour qu'on mette en place les outils, c'est pas notre problème, c'est l'affaire de l'ARS ou la CPAM. Comme un acte conventionné, je fais mes soins, alors je m'organise, mais n'empêche que la CPAM elle s'occupe pour tout le reste, et je crois que les ACI c'est un vrai partenariat, et non pas on vous fout sur le dos la responsabilité après d'organiser avec vos associations et de rendre compte de l'argent, au cas où vous le détourneriez. Mais qu'il le garde l'argent, moi j'en voie juste les besoins, et puis si ça s'arrête les besoins, et ben on arrêtera où on fera différemment, voilà. C'est vrai qu'on arrive pas à avoir cette notion. C'est “portez, demandez, On va vous donner les moyens, et puis dans 5 ans, - 3 %, - 10 %, dans 6 ans, ah bah ça s'arrête, on invente une CPTAO, je sais pas quoi”.”
- E.F : “ Est-ce-que j'ai le droit de donner un... Moi je voulais juste mettre dans ta thèse que je partage ce point de vue.”

- F.U : “ Une autre idée, c'est en créant des temps de réunion entre professionnels de santé rémunéré, pour pas que ce soit encore du bénévolat, d'augmenter le sentiment de participer à une collectivité et que chacun apporte en échange. Typiquement, les soins non programmés, c'est vraiment cette idée-là. C'est je donne de mon temps, je prends de mon temps Pour le donner à la collectivité, mais en sachant qu'en contrepartie, quand mes patients auront besoin, il y aura un autre collègue qui, lui pourra, qui lui donnera de son temps à un autre moment.”
- E.F : “ C'est du temps de soins dont tu parles ?”
- F.U : “ Là en l'occurrence je parle du temps de soins mais ça peut être sur des démarches, des complémentarités de types de démarches spécialisées par exemple, des protocoles de soins, telle type de pathologie où chacun va apporter sa contribution, sa compétence, en contrepartie du fait que les autres le font aussi pour ses patients.”
- E.F : “ Ça serait quoi une CPTS idéale en fait ?”
- “ Ça n'a pas été précisé depuis le début, c'est une communauté des professionnels territoriale de santé.”
- E.F : “ C'est l'organisation des professionnels sur un territoire, pour améliorer les parcours des patients et améliorer les conditions d'exercice.”
- “ Sur un bassin professionnel. “
- “ Tu anticipes le chapeau noir, là.”
- D.D : “ Ouai, c'est une communauté pluriprofessionnelle, au sein d'un territoire sans bornes.”
- J-C.P : “ Je pense que cette communauté, elle va avoir des outils auxquels on n'a pas accès pour l'instant, c'est-à-dire j'imagine qu'on va piloter, mais on va piloter les soins programmés mais on va aussi piloter notre démographie. Et en particulier avec les outils qui vont venir de la 4ème année du DES de médecine générale, qui nous permettra de gérer, oui, si, si, c'est très avancé, qui nous permettra de gérer l'arrivée de professionnels dans des endroits peut-être en difficulté, et ça se décidera en commun, ça c'est le 1er point. Y'aura d'autres outils. C'est le fait que les jeunes médecins en 4e année, on va pouvoir les mettre dans des endroits qui sont un peu en difficulté, de façon tutorée, mais de façon réfléchie. Alors il faut pas réfléchir sur la première 4e année qu'on va avoir,

mais dans le temps ça va être un outil de gestion absolument extraordinaire. Voilà. C'est un exemple que je donne. Et l'autre point dont je voulais parler, c'est qu'on va pouvoir s'appuyer sur nos collègues professionnels de santé qui ne sont pas médecin. Parce que nous on est déjà épuisé avant de partir. On a beaucoup de choses à faire, entre soigner les gens, s'organiser. Mais à côté de nous, nous avons, par exemple les infirmiers, mais aussi les kinés, ils ont beaucoup d'idées, les cadres de santé sont d'origine infirmière, c'est leur métier aussi. Donc ça va être tout à fait complémentaire et ça fait partie de l'excitation, en tout cas pour moi, de pouvoir travailler avec eux, pour qu'ils aient leur mot à dire et qu'ils influent sur cette gestion du territoire.”

- P.B : “ Donc, l'idée c'est exactement ça, c'est que des gens qui sont pas médecin, vont faire de la médecine générale, de la bonne médecine générale, même pas-médecin. C'est ça ce qui est scandaleux. C'est qu'on peut faire de la bonne médecine générale, j'espère même qu'ils feront de la meilleure que les médecins. Les médecins, resteront dans les hôpitaux.”
- “ Je n'ai pas compris ce que tu voulais dire. ”
- P.B : “ Je veux dire qu'en tant que médecin généraliste on a développé un certain savoir-faire qui se transmet pas vraiment parce que je veux pas aller publier, faire des choses comme ça. Par contre, je peux transmettre à des assistants médicaux, une médecine locale, quelque chose qui se fait localement, avec telle ou telle personne. On va développer un savoir, je pense qu'on peut développer un savoir pratique, réel, local, qui sera pas un truc de type universitaire. Je me fais fort de former une infirmière ou une assistante sociale à faire 70 % de mon travail, c'est plein de petits trucs pas très compliqués. C'est plus clair ça ? Le savoir médical devrait diffuser dans la société. On admet qu'une mère de famille est capable de donner du...”
- E.F : “ Donc une des missions de la CPTS, il y aura des assistants médicaux? Ca serait ton idée, c'est de faire du transfert de compétences ? ”
- “ C'est du transfert de compétences...”
- P.B : “ C'est que ça. Moi j'ai parlé que de ça. C'est pas du transfert de compétences, c'est de la culture générale. C'est de la culture générale, une mère de famille elle donne du doliprane à son enfant quand les dents poussent, merde. Ouais, je pense que c'est aussi dans notre intérêt, de les persuader qu'elles sont pas très bonnes pour ça. Donc c'est ça,

la démocratisation de la médecine. Comprenez mon excitation, 30 ans, 35 ans qu'on attend. Ah oui il y avait le concept de boutique de santé dans les années 70, je sais pas si ça vous rappelle quelque chose pour les plus vieux. “

- L.G : “ C’était pour répondre à la CPTS idéale. Une autre facette de la CPTS, c'est aussi vraiment avoir du poids. Nous, on arrive pas à ce qu'il y ait des nouveaux médecins qui s'installent parce que le prix du foncier est trop important. Si tous les professionnels de santé, enfin si la CPTS rassemblant tous les professionnels de santé aussi les usagers normalement, pouvaient avoir un poids au niveau de la collectivité et dire à la mairie que c'est une situation qui n'est plus possible. Nous, on a plein de médecins qui veulent s'installer chez nous, Mais ça bloque à ce niveau quoi, c'est délirant quoi. Et voilà, pour avoir un poids auprès de la mairie, et pour avoir un poids aussi, après on parle du partenariat ville-hôpital. Et c'est bien gentil, sauf que si on n'est pas regroupés, si on a pas une voix unique, le message il passera jamais, on est toujours trop petit pour l'hôpital, mais on peut devenir plus gros si on se rassemble quoi.”
- E.F : “Est-ce qu’Il y a une dernière remarque sur les idées de cette CPTS, autour de cette CPTS idéale ?”
- A.Z : “ Pour moi une CPTS idéale, ce serait avoir un numéro unique pour trouver une plage de consultation en soins non programmés, voire un numéro unique pour trouver une infirmière directement à domicile. Avoir aussi des relations avec l'hôpital qui seraient beaucoup plus claires, on critique le fait que les hôpitaux sont surchargés aux urgences par des soins non programmés, donc que l'hôpital nous renvoie des patients en ville, alors qu'au jour d'aujourd'hui, ils se plaignent, mais ils ne nous les renvoient pas.”
- E.F : “ D’accord. Et une dernière intervention. Vas-y.”
- D.D : “ Je trouve que ce qui est important c'est qu'on est un poids à proposer vis-à-vis de l'hôpital, des structures hospitalières, aussi des structures publiques et là si on a un poids, on va avoir des choses différentes.”
- E.F: “ Dernière intervention.”
- D.C : “Alors pour moi c'est vraiment un chapeau vert, c'est diminuer la charge mentale du médecin. En fait, l'idée de la CPTS, c'est que toutes ces petites choses qu'on écrit sur des papiers, sur des post-it “ bah, faudra appeler Pierre-Paul-Jacques, faudra faire ci, faudra faire ça”. Ben l'idée de la CPTs, c'est que quelqu'un s'occupe de ça, et ça ça fait

partie de la charge mentale. On parle beaucoup de la charge mentale des femmes, mais en fait on a...Alors comment? Et ben du coup, c'est notamment...Alors mon idée pratique, alors ça peut s'appuyer sur l'idée du dossier médical partagé. Cependant le DMP, si vous avez regardé un petit peu, moi je trouve que c'est pas du tout, ça a pas du tout été pensé par des médecins, parce que c'est pas du tout fait pour être utilisé par des médecins, moi j'ai l'impression de faire deux fois le même travail, du coup je ne le fais pas. Moi je pense que dans ce dossier médical, ça devrait être, ce qu'on appelle le dossier médical fait partie des examens complémentaires qu'on peut faire au patient et devrait s'incrémenter automatiquement dans le DMP. À ce moment-là chacun avec son logiciel, parce qu'on a tous des besoins et des pratiques différentes, et ça va être difficile d'avoir un seul logiciel métier pour nous tous parce qu'il y aura toujours quelqu'un qui trouvera qu'il y a quelque chose à redire, et qu'après nos logiciel métier soit des logiciels de notes, de prises de notes individuelles, mais qu'après le dossier médical soit géré par le patient, le patient met ses affaires à l'intérieur, et il met accès ce qu'il a envie de mettre accès, et après chacun va puiser, voilà. Alors après, on aurait des réseaux, type de messageries "whatsapp", mais quelque chose qui pollue pas les autres, donc c'est très compliqué à imaginer."

- E.F : " Mais comment tu poses ta charge mentale, tu... ?"
- D.C : " Alors comment la poser ? Ben alors peut-être enfin euhhh, alors moi je suis pas une pro de l'informatique, mais sur le plan informatique, on pourrait imaginer d'avoir des espèces de Bulle qui s'envoie au référent en question, en disant "Bah tiens, j'ai vu monsieur machin, faudra penser à lui faire faire...".
- E.F : " Mais, j'ai pas compris, ça serait géré par qui ?"
- D.C : " Mais ça serait géré par quelqu'un d'autre que le professionnel directement. Donc, c'est-à-dire que tout le monde aurait un assistant. Bah en fait au sein d'une CPTS, sur le territoire de population, il faudrait peut-être imaginer, avoir un référent pour diviser encore cette CPTS en sous-unités, qu'il y ait une charge qui puisse occuper, éventuellement d'être le référent, la proximité...alors ça pourrait être des assistants sociaux, des travailleurs sociaux qui feraient, qui récupérerait, ils auraient une masse de population à gérer et récupérer les données qu'on leur demanderait de...à qui on enverrai cette messagerie instantanée. Par exemple, accompagner telle personne dans sa démarche de soins, prendre son rendez-vous, je sais pas, des choses comme ça."

- E.F : “ Ok, ça marche. Alors, dernière remarque, après on passe au chapeau noir. “
- F-M : “ Alors, c'est toujours pareil, moi je vois ça sous forme de réseau. Et je vois pas ça forcément comme un médecin généraliste qui chapeaute le tout, mais plutôt comme un bureau décisionnel, à la rigueur avec les médecins qui participent aux décisions, mais chapeauté par un administratif, ou je sais pas, une sorte de coordinateur, de super coordinateur de santé. Nous, à Rennes, on a l'école des Hautes Etudes de Santé Publique, qui forment les futurs gestionnaires des établissements de santé, alors ça peut être les hôpitaux, ça peut être les cliniques, mais ça peut être aussi ce genre de structures où les gens gère ça, et avec un bureau décisionnel de médecins, où là on appuie avec tout notre poids, les idées ect. Et toutes les décharges mentales après, sont gérées et développées par ces gens là, quoi. Voilà. “
- E.F : “ Merci beaucoup, une petite dernière parce qu'il faut vraiment qu'on...”
- L.M : “ Donc, moi je vois juste la CPTS comme un moyen d'améliorer l'éducation à la santé des patients en fait en organisant des réunions interprofessionnelles ou des partages de documents entre les différents professionnels pour avoir un même discours auprès des patients.”
- E.F : “ Donc, démystifier en tout cas certaines pratiques...”
- L.M : “ Voilà. Et les responsabiliser, en tout cas leur faire prendre conscience de l'importance de prendre soin de leur santé.”
- E.F : “ Merci à tous. Je vous propose d'enfiler nos chapeaux noirs, les plus sombres. C'est à dire, quels seraient les dangers pour vous, les risques, les inconvénients de la CPTS ? ”
- F-X.M : “ Plusieurs choses comme dangers-ressentis : quid de la délégation donc responsabilité dans le cadre de la délégation de tâches; deuxième problématique sur les soins non programmés, entériner une cellule de coordination de plus parce qu'il en existe déjà une qui s'appelle le 15 par exemple, faire en sorte que les soins non programmés soient vraiment vraiment organisés, c'est aussi créer une situation où on va les faire augmenter de volume potentiellement ces soins non programmés et ça risque de devenir très problématique à organiser, des soins non programmés ça existent déjà dans les grandes villes et ça s'appelle SOS médecins, je crois qu'il faut pas que le

médecin généraliste dans son activité de prise en charge globale de la personne s'oriente uniquement vers du soin non programmé, ça peut être un danger de cette organisation, voilà. Il s'agit pas de freiner l'accès aux soins des gens qui en ont besoin, il s'agit d'éviter de faire une usine de plus qui risque de prendre le pas où on va nous demander très probablement d'avoir la moitié de la semaine en PDS et le reste du temps ne pas réussir à gérer les soins de nos patients chroniques. Deux éléments négatifs, enfin les deux éléments qui m'inquiètent sur ces organisations. “

- D.D : “ Moi ce qui m'inquiète c'est un peu l'effet de mode, dans les années 90, on a eu les réseaux et on a vu des tas de réseaux se développer avec des financements et un beau jour ils ont dit “bah non, les réseaux on n'en veut plus et on va faire autre chose”, et donc maintenant ils vont financer ça mais jusqu'où et comment, c'est ça qui me pose un petit peu problème.”
- E.F : “ D'accord. Merci. “
- F.U : “ Une autre crainte, c'est qu'on réinvente la poudre et surtout qu'on retourne dans les mêmes travers que ceux qui existent déjà à l'hôpital c'est-à-dire que quand on essaie de joindre un médecin hospitalier, une fois sur deux on peut pas le joindre parce qu'il est en réunion et que c'est trop important pour lui parler de médecine et du coup je crée un petit peu la même chose, qu'on passe beaucoup de temps à faire des réunions pour savoir comment on va travailler.”
- E.F : “ On change de métier en quelques sortes.”
- P.B : “ C'est que l'administratif prenne le pas, il faudra faire le deuil d'un contrôle, le deuil d'une surveillance, le deuil de tout un tas de choses sur lesquelles on a l'habitude de travailler.”
- D.C : “ Je pense que la menace c'est la disponibilité des jeunes aujourd'hui qui s'installent parce qu'ils sont préoccupés par d'autres contraintes, les plus âgés bah d'être désabusés, épuisés et sur le quai. Et donc de s'assurer quand même que les URPS veillent à ce que ce lieu de démocratie ne soit pas des lieux où s'organisent finalement, par défaut d'absence des médecins, l'organisation du système de soins primaires, parce que ceux qui sont présents sont dans la CPTS et que s'ils sont dans la CPTS, ils ont les moyens et c'est eux qui vont décider comment va s'organiser la prise en charge, l'éducation thérapeutique. Je sais pas, là je suis dans le noir. “

- D.C : “ Moi je renforce ton idée. C'est qu'en fait une CPTS qui va représenter un bassin de population de 60000 personnes, par rapport à celui qui aura pas voulu rentrer dans la CPTS, même s'il a un projet qui est intéressant, innovant, qui répond à une problématique locale, et ben il sera pas entendu, parce qu'en fait il va y avoir un pôle politique énorme. Et après si on imagine sur tout le territoire, s'ils réussissent à monter leur pari des 1000, tous ceux qui seront à côté ne pourront pas fonctionner, et pareil la CPTS de France qui sera la plus grosse, c'est celle qui aura le plus de voix. Moi ma crainte c'est vraiment, euh ouais. Ma crainte c'est ça, c'est que en fait celui qui aura réussi à réunir peut-être même la capitale, qui réussira à réunir un grand nombre, un territoire avec un grand nombre de personnes, va imposer ses projets, et son système d'organisation, à ceux des tout-petits territoires qui seront à 60000 personnes. Alors moi j'ai clairement eu un retour de l'ARS en disant que “ plus notre territoire était gros, plus on nous écouterait”. Donc, les petites CPTS de 20000 personnes, bah seraient pas entendues, de 40000, un peu plus, par contre si on avait un bassin de 100000, ah ouais, bah là franchement, là on va être invité autour de la table et on va pouvoir discuter. Voilà ce qu'on nous a dit nous. ”
- “Je comprends que tu aies une lourde charge mentale [Rires].”
- E.F : “ Vous avez parlé des jeunes, vous avez parlé de la charge de travail ect. C'est quoi vos craintes ?”
- Y.G : “ Moi ma crainte, c'est principalement administratif, aller faire les démarches, aller voir les ARS, aller voir je sais pas qui d'autre, et devoir démarcher pour ne serait ce qu'avoir des informations ou mettre en place des choses, ou aller grappiller ou se prostituer quasiment pour avoir des subventions, moi c'est ça qui m'inquiète en fait quoi. Et j'ai pas le temps pour faire ça, et j'ai pas la formation pour faire ça. Moi c'est du soin ce que je veux faire. Et c'est pour ça que moi je vois ça comme presque j'arrive tout clé en main avec déjà un coordinateur de santé qui a le projet, et moi j'arrive avec quelques idées à la rigueur, et prêt à développer un projet au sein d'une CPTS. Mais voilà...Mais moi, c'est presque ça, c'est un peu l'idée que je m'en fais.”
- E.F : “ D'autres craintes ? ”
- F.U : “ Oui alors dans mes craintes, c'était notre perte de liberté au niveau local. Le fait qu'on devienne un jour tous salariés de la Sécu, on l'est déjà en partie, mais que ça se formalise. Qu'une fois qu'on sera structuré, qu'on soit sous la coupe de l'hôpital parce

que c'est quelque chose donc ils ont l'habitude. À côté de ça, comme disait notre collègue derrière de Rennes, effectivement, il va y avoir des gens qui sortent de l'école de Rennes diriger les hôpitaux mais il va y avoir des gens de Rennes qui vont diriger les CPTS et donc ce sera tout à fait facile après de faire ce passage. Et à côté de ça, bon un côté un petit peu syndicat qui dit que En fait c'est CPTS c'est bien, mais pour aller vers le discours de notre expérimenté qui est derrière, en fait on est en train de vendre notre médecine générale en lots. Et donc en fait quelque part il y a les IPA ect pour compenser notre manque, on laisse du vide, et donc c'est occupé. Mais quelque part je pense que notre rôle de médecin généraliste, notre statut de médecin généraliste dans la ville, va devenir un statut maintenant tout à fait de base quoi, on va perdre notre statut de référence ou de, comment dire, de personne qu'on doit écouter. En fait on sera un effecteur parmi tant d'autres, voilà. “

- “ Ma crainte c'est que toutes ces craintes qu'on vient d'entendre ne rebutent tous les professionnels de santé du terrain et que du coup on se retrouve avec un tout petit effectif de participants, ce qui dénaturerait complètement le projet. “
- F.L : “ C'est une crainte un peu identique. On a entendu autour de ces discussions beaucoup de jeunes médecins qui s'investissent pas dans cette réflexion alors que c'est l'organisation de leur métier. Pour les plus avancés d'entre nous, il nous reste 10, au mieux 15 ans à faire, les jeunes ils ont encore 30 ou 40 ans, et on a besoin des jeunes et de leurs idées pour organiser leur profession. “
- Je-C.P : “ Les jeunes médecins ne vont évidemment pas se prendre la tête de cette organisation et on ne peut pas leur demander. C'est à nous...Non mais d'accord, mais il arrive, il connaît pas le territoire, il faut être raisonnable, d'accord. Que des jeunes ait de l'énergie, encore heureux. Mais c'est à nous de leur offrir la possibilité de s'exprimer. Et c'est normal qu'un jeune il veuille faire de la médecine, il veuille constituer sa patientèle, il a besoin de faire ça. Ça n'empêche pas qu'il ait de l'enthousiasme, qu'il ait de l'énergie, mais c'est à nous évidemment de l'accueillir là-dedans. Parce que nous, qu'on le veuille ou non, je vais dire une monstruosité, mais on n'a plus de temps pour ça, plus de réflexion, plus de recul. Je le vois comme ça. Le temps on peut le prendre. “
- E.F : “ Vous n'êtes pas tout à fait convergents sur les craintes...”
- F.L : “ On a effectivement plus d'expérience, plus d'idées. On a un vécu qui va nous aider à organiser, et d'ailleurs on prend tous la tête des CPTS. Moi je demande pas à ce

que les jeunes prennent la tête des CPTS, je demande à ce qu'ils soient à nos côtés parce que c'est leur avenir, et ils sont pas forcément à nos côtés. J'ai la chance moi d'avoir une collaboratrice qui est avec moi sur ce projet-là, mais elle travaille aussi pour elle, pas pour moi, moi je travaille pour elle.“

- J-C.P : “ Moi ce qui me plaît chez les jeunes, c'est qu'ils ont de l'idéal, et c'est à nous à donner du grain à moudre à leur idéal, et quand on le fait ça marche toujours. Mais ils peuvent pas savoir en arrivant quelque part où se situent les besoins. Voilà, c'est une communauté hein. “
- L.G : “ Je pense que c'est pas du tout un frein de pas connaître son territoire, au contraire, moi depuis que j'ai lancé ça, bah je suis identifiée sur le territoire. Ça fait 1 an qu'on s'est lancé, et que justement sans cette idée de CPTS, j'aurais jamais, je ne serai jamais allée frapper aux portes à droite à gauche et jamais j'aurais pu vraiment m'ancrer dans le territoire. Bien sûr, de toute façon on a besoin de tout le monde, enfin je pense qu'il n'y a pas de dichotomie à faire entre les jeunes et les plus expérimentés. On doit tous porter ensemble et on a tous des choses différentes à apporter, évidemment on a un idéal. Moi je pense que la menace c'est que si on y va pas, moi je pense aussi à la menace que ce soient des groupes privés qui prennent la tête des CPTS. Et nous c'était une inquiétude, et c'est pour ça aussi qu'on se lance. On sait pas dans quoi on va, on sait pas si ça va marcher, on sait pas si on va être bon et on verra, pour l'instant il y a enthousiasme et c'est super. Et puis surtout, nous ça nous évite de nous positionner, y'aura pas 2 CPTS sur un même territoire, et ça permettra qu'il y ait pas un groupe privé qui s'installe, et pour nous c'est hyper important, enfin nous sur notre territoire, c'est hyper important quoi. Et une autre faiblesse qui est évident, c'est que quand on rencontre la CPAM et l'ARS, c'est qu'ils nous disent “oui, oui allez-y, on est super, c'est super votre projet” et dès qu'on demande des informations, dès qu'on demande une aide juridique ne serait-ce que pour monter l'asso, pour embaucher un coordinateur, c'est ce qu'on lui dit “moi je suis médecin, je suis pas DRH”, et alors là par contre qu'il y ait plus personne. La faiblesse et les menaces, elles sont déjà là.”
- E.B : “ Tu as les URPS qui peuvent te soutenir hein. Ma seule crainte moi plutôt c'est l'humain. Parce que c'est vrai que seul c'est très difficile de travailler, à 3 c'est sympa, à 5 c'est très dynamisant, à 7 c'est le bordel, et à 20 j'ai peur que les intérêts de chacun ne soit jamais convergent parce qu'on sera forcément obligé de faire des concessions en terme d'organisation, d'emploi du temps, peut-être de baisse d'activité ou de changement

de tarification. Et je pense ce sera, ça me semble assez difficile de travailler à beaucoup. J'ai beaucoup remplacé dans un endroit, à 2 c'était difficile, à 3 c'était bien, et j'ai travaillé aussi dans un cabinet à 9, et changer une ampoule, c'était un sujet de dispute. L'humain, ça va être la plus grosse difficulté je pense. A collaboré avec les caractères, les emplois du temps, les familles, et tout ce qui s'ensuit.”

- D.C : “ Ça peut marcher quand même de travailler à plusieurs. Non, juste pour dire que nos jeunes, on a été MSU, on vous a présenté les patients, prise en charge médico-psycho-sociale. La vie professionnelle, c'est tout un tissu de syndicats, d'institution à l'échelle locale, le département, les régions, la caisse, l'ordre des médecins. Je crois que les aînés, pour pas dire les vieux, mais les aînés, peuvent effectivement vous parrainer dans ce relais aussi professionnel qui est un bel aspect de nos engagements parce qu'il n'y a pas de projets s'il n'est pas... les maisons de santé à l'époque, il y avait des professionnels pour, des élus qui s'en foutaient, après aujourd'hui on a des professionnels et des élus qui disent “qu'est-ce que c'est que ce bordel” puisque on a pas d'étude de marché, voilà. Donc oui, il y a un projet professionnel, dans lequel vous allez devoir quand même vous engager parce que dans les 40 années qui viennent, la démocratie de votre profession, si vous le faites pas, c'est des gens qui décideront pour vous comme le DMP a été créé par une caisse qui a dit “stop” puisqu'on a pas été capable de le faire. C'est compliqué des fois.’

- E.F : “ D'accord. Je vous remercie à tous. S'il n'y a pas d'autres craintes, je vous propose qu'on enchaîne avec le dernier chapeau, qui est plus positif, puisque c'est celui de l'optimisme, notamment sur vos rêves, vos critiques positives, vos commentaires constructifs et espoirs autour de la CPTS. Ouai, 'est le gilet jaune de la profession. [Rires] “

- D.D : “ Pour réagir par rapport à ce que vous avez dit, moi j'ai monté une maison de santé, on est 16, et on a monté tout ça sans moyens, à l'époque où il y avait rien. Et depuis quelques années, on a une coordinatrice, et j'avoue que, tu parlais tout à l'heure de charge mentale, depuis qu'on a notre coordinatrice, il y a toute une partie de ma charge mentale qui est évacuée parce que c'est elle qui gère tous les projets, qui gère tous les professionnels, les réunions, les problèmes, et j'avoue que ça c'est un...”

- “ C'est un médecin ?”

- D.D : “ C'est pas un médecin, c'est une euhh. Ah non non, c'est pas...ni secrétaire, ni médecin, c'est une formation genre master santé publique, je sais même pas si elle l'a, mais bon ça équivaut à ça, et j'avoue que c'est, pour moi c'est le rêve, parce c'est, ça décharge d'une grande partie. Après pour répondre à mon collègue, on est 15, on s'entend bien, et travailler à 15 ça me pose aucun problème, parce qu'il y a une volonté, je pense que c'est ça au départ, il faut qu'il y ait la volonté de travailler ensemble.”
- E.F : “ Donc il y a la volonté, c'est un élément qui permet de travailler à plusieurs.”
- F.L : “ Je dirais enfin une vraie reconnaissance des soins premiers. Possiblement la fin d'une politique hospitalo-centrée. Et nous donner la main pour organiser notre métier et organiser la prise en charge au service du public, ça me semble quelque chose de très positif, oui.”
- P.B : “ J'aime à dire qu'on a jamais eu autant d'offres de soin dans nos pays, jamais. Et que tous ces gens qui sont rebouteux, ostéopathes, psychologues, hypnothérapeutes, tout ça, sont prêts, sont des gens qui sont prêts à donner du soin, et je vois pas pourquoi je m'en priverai en fin de compte. “
- D.C : “ C'était juste pour dire que oui je crois que c'est, oui il faut être optimiste, il faut être optimiste parce que ça nous oblige à réfléchir comme ce brain storming à comment faire pour que nous puissions être des professionnels un tout petit peu plus disponibles. Alors cérébralement parlant, moins surbookés, physiquement, moins dépressifs, en tout cas un peu moins au bord du burn-out. Parce qu'à chaque fois qu'on a avancé l'organisation de la permanence des soins, La continuité des soins, le confort d'exercice à temps partiel ou pas pour ceux qui veulent le choisir, parce que si on offre l'organisation à temps partiel à des jeunes demain, et ben on aura un temps partiel de plus sur le territoire. Et puis depuis qu'on est un peu plus de jeunes et organisés, je travaille normalement un peu moins, je m'en suis pas rendu compte, mais dans ma tête je vais travailler moins. Ça c'est important. Ça donne de l'espérance de se dire que la profession va arriver à quelque chose de bien parce qu'ils le feront pas à notre place. Tout ce qui a été mis par les institutions sur le territoire vient du bon sens des professionnels : les réseaux, ils les ont pas inventé; les CPTS, ils ont rien inventé, on s'est tous associés en associations de gardes, de tout ce qu'on veut, pour organiser notre quotidien. Si on est capable d'organiser notre quotidien vu que je crois qu'on travaillera plus confortablement. Après, il nous donne des moyens pour nous aider à réfléchir et

nous organiser. S'il n'y a plus de moyens demain, l'organisation restera et on l'autofinancera comme on a fait toujours pour beaucoup de choses. “

- F.U : “ Juste un petit gag. Il y a un gros hôpital privé juste à côté de chez moi. Après que j'ai décidé de m'occuper de la CPTS, le directeur est venu chez moi personnellement pour discuter avec moi donc ça a un intérêt anecdotique mais rigolo quoi. On est pris plus au sérieux. “
- Y.G : “ Qu'est-ce qui pourrait être positif dans l'idéal, qu'on ait un fauteuil doré pour les professionnels de santé, dans le sens où la CPTS a été construite administrativement parlant, juridiquement parlant, financièrement parlant, et qu'on puisse être là uniquement pour donner notre temps cérébral de réflexion d'organisation locale de notre expertise de terrain, que tout ce qui est à côté a déjà été fait, qu'il y ait une coordinatrice qui soit financée, qu'on donne que du temps cérébral médical d'expert de terrain et uniquement pour ça. S'il y a ça, je vois pas pourquoi on irait pas. Autre chose dans l'idéal, qu'on soit écouté par les administratifs, par l'ARS, et qu'il y en a assez des réunionites où on parle mais où on n'est pas pris en considération, on n'est pas écouté, on a des bonnes idées, mais elles sont pas prises, pas relayées, pas financées, ou pas à la hauteur de ce qui est la valeur qu'on leur donne. Donc voilà, plus de considération, plus d'écoute. Un fauteuil où on puisse apporter de la matière grise pour qu'on puisse structurer localement. Dans ces conditions là, ça peut être intéressant. En dehors, ça va être explosif. Mais je rejoins l'enthousiasme des jeunes parce qu'au temps de la MSP, de la création de la MSP, quand j'ai monté la mienne en 2010-2011, je sortais de l'internat pareil, et en fait on s'est lancé dans l'aventure sans qu'il y ait de statut particulier monté. Et je rejoins ce côté on y va, mais c'est l'avenir, mais on sait pas vers quoi on y va, mais on y va. Ça permet de structurer, alors peut-être que ces CPTS rentrent dans ce champ-là, mais il y a quand même beaucoup d'obstacles à faire lever pour faire l'adhésion sur un territoire, à mon sens.”
- D.C : “ Donc le côté positif de ce que j'ai dit tout à l'heure qui était Que aussi quand on arrive avec un bassin de population de 60000 personnes, et ben on arrive à faire des choses intéressantes et on se fait entendre en fait. Et donc du coup si tous les professionnels sont prêts à travailler dans la même harmonie, bah on arrive à faire des belles choses. Donc ça c'est le côté positif, où enfin on va pouvoir coordonner nos actes et nos travaux, et réfléchir à comment on peut travailler mieux ensemble. Donc c'est pour ça que je suis là.”

- P.B : “ Un point positif, j'ai détourné la visiteuse médicale de la CPAM, la dame de la CPAM, je l'ai persuadé que j'étais un bon médecin et qu'elle devait m'aider, c'est elle qui va avoir les gens et qui discute, je ne discute qu'avec elle, elle me rencontre et elle va voir ses administratifs. “
- F-X.M : “ Moi le point positif que je vois aux CPTS, c'est que bah que pour les jeunes installés, s'il arrivent et qu'il y a déjà tout un réseau qui est créé, et qu'ils voient qu'il y a tout un territoire qui est là pour les accompagner, ça peut favoriser leur installation et ça peut favoriser aussi l'installation dans des zones géographiques qui semblaient difficilement accessibles et difficilement aidantes en tout cas.”
- E.F : “ Ça sera plus attractif ?
- F-X.M : “Ça peut rendre un territoire beaucoup plus attractif, je pense ouai.”
- E.F : “ D'autres espoirs? “
- F.U : “ Au niveau de nos patients, je pense qu'un des gros intérêts ça peut être d'optimiser des parcours complexes chez des patients qui ont des problématiques complexes, ça veut dire que là on va peut-être beaucoup plus facilement pouvoir s'occuper par exemple du médical, en trouvant un recours qui va aider au niveau social, un autre au niveau psychologique, un autre au niveau de motricité. Enfin voilà, mieux faire jouer la complémentarité, moins nous épuiser du coup.”
- E.F : “ D'autres espoirs ? Des rêves ? Est-ce que vous avez des critiques positives, d'autres rêves ? Des espoirs ? ”
- P.B : “ L'autre rêve c'est que culturellement le niveau s'élève parce que je vois ça pour l'assistante médicale. Je suis pas pour le morcellement des prises en charge, pas du tout, moi je suis pour...mais si l'assistante médicale est le référent du patient, et pourquoi pas ce serait pas elle, c'est elle qui mobilise les besoins, si elle en a besoin, les interventions, si elle en a besoin. On n'est pas... Donc les gens qui vont travailler comme ça, vont apprendre. Ça c'est une chose qui est un peu difficile en France parce qu'on considère, parce que j'ai l'impression qu'on fait des organisations et que les gens doivent rester à la même case toute leur vie, non en fait, ils se développent et au bout de plusieurs années ils ont acquis une expérience professionnelle importante, si on en tient compte bien sûr, si on l'a nie, alors il n'y a rien.”
- E.F : “ D'autres propositions?”

- L.M : “ Moi je vois dans la CPTS, l'idée de porter toujours des projets. Je pense que ça donne toujours plus de sens à notre pratique et ça permet de l'améliorer également, voilà.”
- E.F : “ Améliorer la qualité ?”
- L.M : ” La qualité de la prise en charge des patients et ça donne vraiment du sens à notre métier quoi. Avoir toujours des projets, travailler plus seulement pour l'individu mais pour la communauté.”
- E.F : “ Travailler également à l'échelle de la communauté.”
- F.U : “ Il y a une petite chose qui m'étonne, on n'a pas du tout parler ni dans les craintes ni dans les espoirs, des protocolisations alors que ça fait partie en tout cas des fantasmes de...Si ça peut être dans la CPTS aussi, tu peux protocoliser aussi, y'aura des financements pour ça.”
- A.Z : “ Ouais juste dire que dans mes rêves, bah ça serait de mieux se connaître, parce qu'en fait on se connaît pas forcément sur un grand territoire, de mieux communiquer entre nous et surtout de mutualiser les moyens parce qu'en fait on fait chacun des choses de notre côté, en fait à tous on est plus fort.”
- “ Oui. N'ayons pas peur du mot protocole hein, c'est formalisation d'un debriefing, brainstorming, qui fait qu'on harmonise des pratiques, en y adhérant avec une logique quoi. Si le protocole devient national, en effet il n'est plus le reflet de priorisation locale, de problèmes de démographie, de compétences, de réseaux de ressources humaines. Tous les protocoles... celui des urgentistes pour accueillir les céphalées n'est pas celui du généraliste. Et le dernier mot, vous utilisez, je dis vous parce que je ne l'utilise plus, j'essaie de me... pluriprofessionnelle. C'est interdisciplinaire, enfin pluriprofessionnelle c'est interdisciplinaire parce que les maisons de santé, il y en a aussi beaucoup où on est tous logés côte à côte, on communique pas, et on se rencontre pas, c'est des grosses SCM, voilà c'est ce que j'appelle un peu les maisons LEGO où les couleurs représentent des professions, mais il faut qu'au milieu il y a de l'interdisciplinarité. Et effectivement le mot pluridisciplinaire c'est on est plusieurs. Mais c'est un petit détail, mais c'est mon tic. ”
- E.F : “ Merci beaucoup à tous.”

ANNEXE 4 : TABLEAUX RECAPITULATIFS DES RESULTATS DE L'ETUDE

<i>Chapeau rouge ou « Emotions »</i>	
<u>Curiosité, Excitation, Enthousiasme</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Exaltation du travail à plusieurs, de participer à une collectivité - Excitation de la nouveauté, Envie de découvrir la CPTS et son impact futur
<u>Espoir et Motivation</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Intention des institutions ressentie comme positive - Légitimité de la démarche CPTS - Démocratisation de la médecine - Réponse au changement de comportement des patients vis à vis du soin (attitude de consommateur)
<u>Ambition</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Être force de proposition, construire à l'image des soins - Ne pas reproduire les erreurs du passé : ne pas prendre part trop tard aux transformations du système de soins et perdre du pouvoir décisionnel
<u>Incertitude, Confusion, Doute, Perplexité</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Incertitude du résultat final du projet de CPTS - Absence changement en profondeur des soins primaires - Ambivalence : envie de participer/crainte de la difficulté de mise en place
<u>Peur, Crainte</u>	<i>Cf Chapeau noir ou « Pessimisme »</i>
<u>Contrainte et Verticalité</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Injonction de coordination - Risque de main mise par d'autres professionnels de santé ou structures - Sentiment ambivalent d'adhésion aux enjeux mais de non-adhésion à la forme car manque de temps pour construire à partir du terrain
<u>Epuisement</u>	En particulier pour ceux déjà engagé dans des projets de MSP, réseaux ou cabinets de groupe

<i>Chapeau vert ou « Créativité »</i>	
<u>Aides des tutelles</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Déléguer à l'ARS-CPAM l'organisation des réunions de présentation - Adaptation au territoire des aides proposées par les institutions
<u>Coordinateur</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Administratif avec un bureau décisionnel de médecins pour développer des projets de soins - Professionnel du management avec formation de Master en Santé Publique - Mais avantage de choisir un médecin car connaissance du milieu hospitalier et du premier recours
<u>S'appuyer sur toutes les compétences</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensemble des professionnels de santé : motivation, disponibilité et expertise de terrain des paramédicaux - Trouver des porteurs de projet - Réflexion en groupes de travail pour la création de la CPTS - Recruter des remplaçants : libérer du temps pour la création des CPTS - Expertise de la filière universitaire et des structures de soins de coordination déjà existantes, notamment de l'expérience des MSP - S'aider des partenaires locaux - Expérience des anciens installés - Energie et idéalisme des jeunes installés - Intérêt des établissements privés - Professionnels du management pour la communication et la gestion
<u>Développement d'outils de coordination</u>	<ul style="list-style-type: none"> - DMP : outils de communication avec autres professionnels de santé et Hôpital, incrémenté automatiquement, documents gérés par le patient, « logiciel-métier » comme simple support de prise de notes, interopérabilité des « logiciels-métiers » médicaux - Numéro unique pour coordonner les soins non-programmés et les soins pluridisciplinaires - Utilisation des annuaires-santé des MSP - Application avec dossier de patient sous forme de carte heuristique et interface pour chaque professionnel de santé - Plate-forme d'agenda partagé pour les soins non-programmés - Utilisation des outils de téléconférence - Développement de la téléconsultation - Développement d'équipes mobiles de soins primaires - Partage national des outils créés par les différentes CPTS - Réunions interprofessionnelles pour partage de documents - Développement d'un réseau social entreprise - Création de CME - Séminaire annuel géant - Emblème pour marquer l'appartenance à une communauté
<u>Formation au management pour les médecins</u>	Inclure ces formations pendant les études médicales pour apprendre à gérer une CPTS comme une entreprise

<i>Chapeau noir ou « Pessimisme »</i>	
<u>Complexité de mise en place et de fonctionnement</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Contraintes administratives en pratique : augmentation de la surcharge de travail, lourdeur administrative, perte du temps de soin, impression d'un millefeuille administratif, contraintes pour le développement de projets, structure juridique des CPTS - Cadre territorial rigide : cloisonnement du territoire, sectorisation de la médecine générale, possibilité de juxtaposition des projets?, obligation d'intégrer la CPTS à l'arrivée sur le territoire ? - Différence de besoins et capacités de coordination en fonction du territoire : respect territorial difficile dans les grandes villes (large choix de praticiens), difficulté de mise en place sur les territoires sans expériences de structures de coordination de soins - Dimension du territoire : problème de compétition, gestion, perte d'intérêt si découpage par arrondissement, taille idéale ? - Rareté des personnes ressources - Financement : difficulté du démarchage des institutions, disparition de l'exercice libéral au profit du salariat, financement par indicateurs - Formation des nouveaux métiers de la coordination
<u>Place parmi les autres structures de coordination de soin</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau supérieur de coordination - Passage obligatoire par une MSP ? Nécessité de réfléchir à une autre alternative de coordination des soins primaires pour avoir le temps d'évaluer l'intérêt des CPTS
<u>Difficulté au passage d'une rationalité individuelle à populationnelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour le médecin de devenir un gestionnaire de santé populationnelle - Incertitude sur la capacité des soins primaires et de la CPTS à répondre aux besoins populationnels en termes d'offre de soins - Possibilité de continuer à mettre en place des projets de soins uniquement basés sur une patientèle ?
<u>Difficulté à un réel changement de métier</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la quantité des soins/ Prise en charge des soins non-programmés : augmentation par injonction au dépend des patients chroniques - Changement négatif de rôle du MG : perte du statut de référent au profit des paramédicaux, MG désigné comme porteur par leur expérience en projets de coordination de soins et malgré un défaut de formation au management - Délégation de l'organisation des soins primaires aux professionnels de santé : impression de devoir trouver seuls des solutions pour le système de santé et aux problématiques de démographie médicale - Diminution du temps de soins : temps passé en réunions, logique productiviste
<u>Délégation de tâches</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilité médicale ? - Peur de la perte de certains actes

<u>Difficultés de dynamique d'équipe</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à fédérer des professionnels de santé géographiquement éloignés, ou en exercice isolé - Difficultés relationnelles préexistantes - Influence négative de certains facteurs : âge, féminisation, différence de mobilisation acteurs médicaux ou paramédicaux - Risque de la participation des patients (militantisme des associations) - Difficultés du travail en groupe : concessions, travailler sans affinité
<u>Difficultés de relation avec les institutions et les autres structures</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Institutions locales, mairie (divergence de problématiques de santé publique) - Structures locales ambulatoires de soins, MSP (différences de qualité) - Tutelles (manque de soutien et d'expertise) - Hôpital (rapport de force, spéculation financière hospitalière, difficulté de communication par la coexistence des 2 structures, doute sur la capacité à recréer du lien ville-hôpital) - Groupes privés (spéculation sur la gouvernance des CPTS) - Fédérations de médecins (outil d'accompagnement ? transfert des conflits des Unions Régionales des Professionnels de santé ?)
<u>Gouvernance administrative, des institutions</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Institutions : perte d'autonomie et de la liberté d'exercice, ingérence, objectifs prédéfinis et inadaptés - Administration : manque de connaissance des soins primaires
<u>Incertitude de la pérennité du projet</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Disparition des projets de CPTS multiples par la volonté des institutions d'uniformiser l'accès aux soins sur le territoire national - Renouvellements politiques : pérennité du financement des CPTS ? - Risque éventuel d'augmentation des inégalités sociales par l'informatisation et de stigmatisation de communautés par les orientations des projets de soin des CPTS
<u>Missions imposées par les institutions</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Car cadre initial trop libre et aides moyennant contrepartie - Ex : découpage du territoire par les institutions, attribution forcée de patients

<i>Chapeau jaune ou « Optimisme »</i>	
<u>Bénéfices du travail en groupe</u>	Réalisation personnelle/Résolution de conflits
<u>Cadre libre</u>	Marge de manœuvre à la création d'un projet à l'image des professionnels
<u>Fonctionnement démocratique</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Choix du leader par la structure - Démocratie sanitaire, intégrant les représentants des usagers ou associations de patients pour remettre le patient au centre de la prise en charge
<u>Conserver la liberté d'exercice</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Libre choix du médecin traitant par le patient - libre choix du patient par le médecin - Libre choix du mode d'exercice libéral et de faire partie ou non de la CPTS
<u>Obtenir des Financements</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de financements permettant une aide au montage de projet - Montant prédéfini par les institutions en fonction de la taille de la CPTS - Autofinancement possible si arrêt du financement des institutions - Créer ses propres indicateurs (Ex : nombre de consultations hors CPTS) - Financement de nouveaux services par la CPTS (Ex : rémunération du personnel médico-social et du coordinateur) - Rémunération en tant que participant à un projet de CPTS
<u>Prise en compte du Territoire</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Cadre territorial libre, pensé par les professionnels de santé - Diagnostic territorial : projets de soins adaptés aux besoins spécifiques territoriaux locaux, diminution des redondances du système de soins - Gestion de la démographie médicale territoriale
<u>Recréer du lien</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Se connaître/Se coordonner, Diminuer l'exercice isolé - Améliorer le lien ville-hôpital
<u>Améliorer la pluriprofessionnalité</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser le travail de groupe et le partage de compétences - Espace de liberté de parole et de travail pluriprofessionnel - Faire valoir le travail de pluriprofessionnalité des professionnels hors MSP
<u>Améliorer la qualité des soins</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le parcours de soins : améliorer l'accès aux acteurs, aménager les conditions de soins à domicile, développer les transports médicaux ambulatoires et une structure hospitalière locale d'hébergement temporaire si maintien à domicile difficile, prise en charge des patients désadaptés à l'exercice physique par des éducateurs sportifs - Augmenter le temps de soin en déléguant des tâches aux autres professionnels - Projets innovants de santé publique et Protocolisation - Améliorer le confort d'exercice

<u>Améliorer la continuité et la permanence des soins</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la continuité des soins à l'échelle territoriale pour augmenter le temps de soin programmé, par exemple avec un pool de remplaçants - Gestion par les MG du secteur indépendants du centre 15 - Attribution aux MG à tour de rôle de journées dédiées aux soins non programmés - Déploiement de la téléconsultation - Création d'un site/agenda partagé indiquant les disponibilités des MG
<u>Augmentation de l'attractivité</u>	Mise à disposition d'un réseau clé en main, d'une structure organisée avec une vision populationnelle, le développement de la recherche, et l'amélioration de la qualité de vie
<u>Favoriser l'accès à la recherche universitaire en soins primaires</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une nouvelle approche des études de santé publique pensées sur un territoire et non sur une patientèle - Construire des missions autour d'une thématique de recherche - Développer un réseau d'investigateurs universitaires pour la spécialité MG - Permettre des projets de recherche de qualité en soins primaires avec l'aide d'assistants de recherche clinique en soins primaires pour développer des recommandations adaptées en soins primaires
<u>Formation pluriprofessionnelle</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la formation des nouveaux métiers de la santé par un savoir-faire local - Développer la formation interprofessionnelle continue au sein de la CPTS - Former dès l'internat sur la transition patientèle-populationnelle, la coordination, la pluriprofessionnalité, par des acteurs de terrain engagés dans des CPTS
<u>Gestion des soins primaires par les MG</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Opportunité pour le MG d'être l'acteur principal au centre de la coordination des soins primaires sur un territoire avant une éventuelle gouvernance des institutions - Evolution des missions des CPTS imposées par les institutions avec acquisition de plus de responsabilité sur le secteur (ex : autorégulation des installations à partir de l'analyse du terrain)
<u>Outil de reconnaissance</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance de la spécialité « Médecine Générale » - Reconnaissance vis à vis de l'hôpital et des institutions

YEAR : 2021

AUTHOR : NASSIF Souha

THESIS DIRECTOR : Dr Julien Le Breton

TITLE OF THE THESIS : Analysis of the perceptions of general practitioners vis-à-vis the development of Territorial Professional Health Communities

The organization of primary care in France has been the subject of reforms for more than 20 years to develop a non-hierarchical model responding to the demands of acute care, towards a system organized around the needs of a population of a territory. Thus, the development of the Territorial Professional Health Communities is left to the initiative of the health professionals of the territory, but must nevertheless respond to missions set by the authorities such as the continuity and improvement of the quality of care and the organization of the city-hospital link. We therefore wanted to understand the perceptions of general practitioners in order to understand their motivations and their concerns to participate in their development. A qualitative study by "focus groups" was thus carried out including 59 participants. The analysis of their emotions, fears, creative ideas and hopes made it possible to distinguish reluctance to set up these missions, such as the fear of the passage from an individual to population-based rationality, of a sectorization of general medicine, an increase in unscheduled care, a balance of power with the hospital, and the loss of the status of primary care referent through the delegation of tasks. But also issues, such as the improvement of multi-professional work, the possibility of managing the territorial medical demography, of developing healthcare projects adapted to local needs, of using all the skills of the territory, of developing innovative coordination tools, improve the course of care and protocolize in general medicine for a real recognition of primary care.

KEY WORDS :

- General practionners
- Primary health care
- Qualitative research
- Health care reform
- Patient care management

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX

SOUTENANCE A CRETEIL

ANNEE : 2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : NASSIF Souha

DIRECTEUR DE THESE : Dr Julien Le Breton

TITRE DE LA THESE : Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

L'organisation des soins primaires en France fait l'objet de réformes depuis plus de 20 ans pour faire évoluer un modèle non hiérarchisé répondant aux demandes de soins aigus, vers un système organisé autour des besoins d'une population d'un territoire. Ainsi, le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé est laissé à l'initiative des professionnels de santé du territoire, mais doit cependant répondre à des missions fixées par les autorités telles que la continuité et l'amélioration de la qualité des soins et l'organisation du lien ville-hôpital. Nous avons alors voulu appréhender les perceptions des médecins généralistes pour comprendre leurs motivations et leurs inquiétudes à participer à leur développement. Une étude qualitative par "focus groups" a ainsi été réalisée incluant 59 participants. L'analyse de leurs émotions, craintes, idées créatives et espoirs a permis de distinguer des réticences à la mise en place de ces missions, telles que la crainte du passage d'une rationalité individuelle à populationnelle, d'une sectorisation de la médecine générale, d'une augmentation des soins non programmés, d'un rapport de force avec l'hôpital, et de la perte du statut de référent des soins primaires via la délégation de tâches. Mais aussi des enjeux, tels que l'amélioration du travail pluriprofessionnel, la possibilité de gérer la démographie médicale territoriale, de développer des projets de soins adaptés aux besoins locaux, d'utiliser toutes les compétences du territoire, de développer des outils innovants de coordination, d'améliorer le parcours de soins et de protocoliser en médecine générale pour une vraie reconnaissance des soins primaires.

MOTS-CLES :

- Médecins généralistes
- Soins de santé primaires
- Recherche qualitative
- Réforme des soins de santé
- Gestion des soins aux patients

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL
94010 CRETEIL CEDEX