



**HAL**  
open science

# Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en communauté professionnelle territoriale de santé

Atina Valtcheva

► **To cite this version:**

Atina Valtcheva. Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en communauté professionnelle territoriale de santé. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03617867

**HAL Id: dumas-03617867**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03617867v1>**

Submitted on 23 Mar 2022

**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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2021



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**REPRESENTATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX  
SUR L'EXERCICE PLURI-PROFESSIONNEL EN COMMUNAUTE  
PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE**

Présentée et soutenue le 21 octobre 2021,

A la faculté de Médecine de Nice

Par **Atina VALTCHEVA**

Née le 16 juillet 1992, à Sofia, Bulgarie (99)

**MEMBRES DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur David DARMON

Assesseur :

Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur Céline CASTA

Madame le Docteur Christelle MARGO

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

**Doyen**

**Pr. BAQUÉ Patrick**

**Vice-doyens**

**Pédagogie**

**Pr. ALUNNI Véronique**

**Recherche**

**Pr. DELLAMONICA Jean**

**Etudiants**

**M. JOUAN Robin**

**Chargé de mission projet Campus**

**Pr. PAQUIS Philippe**

**Conservateur de la bibliothèque**

**Mme AMSELLE Danièle**

**Directrice administrative des services**

**Mme CALLEA Isabelle**

**Doyens Honoraires**

**M. RAMPAL Patrick**

**M. BENCHIMOL Daniel**

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUERIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CARLES Michel	Maladies infectieuses - maladies tropicales (45.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUEVARA Nicolas	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIÉ Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
Mme	LEROY Sylvie	Pneumologie-Addictologie (51.01)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRUCH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	COURJON Johan	Maladie infectieuses - maladies tropicales (45.03)
Mme	DADONE-MONTAUDIÉ Bérandère	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	JOZWIACK Mathieu	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
M.	MONTAUDIÉ Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	MARTIS Nihal	Méd interne-gériatrie et biolog du vieillissement (53.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Mme RAQUIN-POUILLON Maud Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BÉRARD Etienne	M. GRIMAUD Dominique
M. BLAIVE Bruno	M. HOFLIGER Philippe
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LACOUR Jean-Philippe
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	M. MOUROUX Jérôme
M. DE PERETTI Fernand	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FENICHEL Patrick	M. THYSS Antoine
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
M. BENOLIEL José  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
Mme DONZEAU Michèle  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. FOSSE Thierry  
M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. PHILIP Patrick  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire  
M. TESTA Jean

**Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice**

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## **Remerciements**

### **Aux membres du jury**

**Monsieur le Président du Jury, Professeur David DARMON,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et pour votre investissement dans notre spécialité de Médecine Générale ainsi que pour la qualité de notre formation. Soyez assuré de mon profond respect.

**Monsieur le Docteur Fabrice GASPERINI,**

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Votre présence ce jour compte beaucoup pour moi. Je tiens à vous témoigner toute ma gratitude.

**Madame le Docteur Céline CASTA,**

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci pour vos conseils et pour votre rigueur dans la rédaction de ce manuscrit. Vous étiez la boussole tout au long de la réalisation de cette étude. J'espère que le travail définitif vous satisfait.

**Madame le Docteur Christelle MARGO,**

Je suis ravie de vous avoir eue comme co-directrice de ma thèse. Votre expérience et vos remarques constructives ont été toujours les bienvenues. Je vous remercie pour votre écoute et pour la re-re-re-lecture des résultats. J'espère que vous appréciez le manuscrit.

**Merci à tous les participants dans mon étude !** Merci pour votre temps dédié à nos entretiens. Vos avis comptent vraiment pour moi. J'ai beaucoup appris grâce à vous.

## A mes maitres de stage

### **A Docteur ZEGGAGH,**

Cette thèse n'aurait pas eu lieu si vous ne m'en aviez pas parlé des CPTS il y a déjà deux ans. Vous m'avez accueillie dans votre cabinet lors de mon premier jour d'interne en novembre 2019. Merci pour votre dévouement pour la médecine et pour la transmission de vos connaissances. Votre humanité est remarquable. Merci pour votre soutien et pour vos conseils lors de mon internat.

### **A Docteur MOUBARAK,**

Merci de m'avoir reçue tout au début de mon internat et de m'avoir fait découvrir que le médecin généraliste puisse avoir une pratique diversifiée et passionnante. Je garderais toujours en tête votre dynamisme et votre professionnalisme.

### **A Docteur LION,**

Etant un de mes maîtres de stage de SASPAS, merci de m'avoir confiée votre patientèle. Merci pour les débriefings productifs (Désolée certains étaient parfois trop longs). Merci d'avoir été exigeante envers moi, afin de m'amener vers une meilleure version de mes pratiques.

### **A Docteur LAURE,**

Merci pour votre disponibilité pour tous les loooooongs débriefings, merci pour votre bienveillance et générosité. Merci d'avoir partagé avec moi votre expérience et de m'avoir permis d'apprendre de mes propres erreurs.

Etant mes maitres de stage de médecine générale, je vous serais reconnaissante pour toujours de m'avoir donné le goût et l'envie d'exercer ce métier. Vous êtes tous des modèles pour moi.

Merci **au service des Urgences de Draguignan, au service des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital « Lenval », aux services de Pédiatrie, des Urgences Générales et de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital de Cannes, au service de Neurologie Vasculaire du CHU Pasteur** de m'avoir intégrée dans vos équipes respectives et de m'avoir permis d'apprendre de vous, d'approfondir mes connaissances et d'enrichir mes compétences.

Merci **aux médecins** que j'ai croisés sur mon chemin de formation, depuis l'externat à Nîmes et pendant l'internat à Nice. Vous avez tous participé à la création du médecin que je suis devenue aujourd'hui.

## A ma famille

**A ma maman Maria**, tu incarnes l'amour inconditionnel dans un être humain si fort et courageux ! Je t'admire ! Merci d'avoir vécu avec moi chaque épreuve de mes études longues et sans fin. Merci d'avoir toujours été à mes côtés et de m'avoir épaulée pendant ce périple. Je t'aime.

**A mon papa Samuel**, merci pour ta patience et pour ton calme ! Malgré la distance tu as toujours su m'écouter et tirer la leçon de mes erreurs sans jamais me dire « Je te l'avais dit ! » Merci de m'avoir transmis ta passion et celle de mamie pour la cuisine, qui est mon escapade préférée au quotidien.

**A mon frère Alexander**, tu as toujours été un exemple pour moi : intelligence incroyable, réflexion logique, mémoire sans faille. Je sais qu'à tes côtés, il n'y a pas de problèmes, mais que des solutions. Merci d'être le frère attentionné et protecteur dont je suis chanceuse d'avoir !

Merci à vous les trois !

Sans vous je ne serais jamais arrivée à prêter mon serment d'Hippocrate ce jour. Merci d'avoir toujours cru en moi, même lorsque moi-même, je n'y croyais plus. J'espère vous avoir rendus fiers de mon parcours et de la personne que je suis devenue. Je vous dois tout. Je dédie ma thèse à vous.

Merci à **mes grands-parents, Temida et Guencho, Minka et Nayden**, pour votre sagesse, votre soutien, votre amour et pour l'éducation que vous m'avez donnée. Je vous porterai pour toujours dans mon cœur.

Merci à **Victoria**, ta présence ce jour me rassure.

Merci à **Magda et Dani, Teddy, Phil et Vlady**, pour votre tendresse et attention !

**A Arnaud,**

Merci pour ton amour, ton humour et tes encouragements. Merci de me rassurer à chaque fois que j'ai des doutes (tous les jours). Merci d'écouter mes mille questionnements (tous les jours). Merci de me raisonner quand je perds mes repères. Personne ne sait de quoi est fait notre avenir, mais j'espère partager le même chemin que toi le plus longtemps possible, avancer main dans la main, malgré la pluie et les épreuves. Tu resteras pour toujours une des plus belles rencontres de ma vie. Préserve ta bienveillance et ton beau sourire pour toujours.

## A mes amis

Merci à mes amies bulgares, **Nikoleta, Yana, Rossitza**, éparpillées un peu partout dans le monde. Vous étiez toujours à mes côtés pour m'épauler. Merci de m'avoir toujours rappelée nos beaux souvenirs de l'enfance et de l'adolescence.

Merci à mes amies nancéiennes, **Bénita, Ophélie, Margaux, Marine**. La P1 n'était pas facile, mais je garderais pour toujours de très beaux souvenirs de la Place Stanislas et de votre chaleureux accueil.

Merci à mes amies nîmoises, **Marion, Ranya, Solène, Victoria**. L'externat était drôle, l'ECN un peu moins. Nous avons vécu nos premières gardes ensembles, les premiers stages, les premiers patients à nous, des soirées à danser jusqu'à l'aube, des émotions gravées pour toujours dans ma mémoire.

Merci à mes amis niçois « par adoption ». Nous nous sommes rencontrés parfois dans des situations difficiles, mais cela a fondé des amitiés formidables. A nous de les préserver dans le temps !

**A Amélie**, tu es la première cannoise que j'ai connue. Nous avons partagé beaucoup de moments ensemble, à commencer par les gardes à Lerval et à Cannes.

**A Sarah et Guillaume**, toujours de belles anecdotes à partager autour d'un délicieux tiramisu.

**A Paula et Didac**, de l'Archet jusqu'à Cimiez, notre amitié compte beaucoup pour moi.

**A Margaux et Medhi**, rando, plage, bateau, resto, «ça roule ! », même si avec un pneu en moins !

**A Marie et Nathan**, vous êtes ma thérapie « SouRire » !

**A Sarah et Antoine**, mes méd gé préférés, sinon pour quand le prochain déménagement ?

**A Léa, Jambou, Coco, Mathilde, Magali, Samantha, Laure, Cindy, Manu**, les repos de gardes inoubliables en bateau ou en randonnée, sur le cours de tennis, avec les autres amis, à refaire jusqu'à l'infini.

**A la famille Paunov**, mon rayon de soleil dracénois, merci pour votre accueil dans votre famille dès notre première rencontre.

Merci à mes **camarades de GEASP**. Je retiendrai surtout nos blagues pendant les séances mensuelles à la Faculté.

Merci à **mes co-internes de mon dernier semestre** de l'internat. On a eu des hauts et des bas, du COVID, des gardes innombrables, mais au final, nous nous sommes enfin thésées !

## **Table des matières**

Liste des abréviations.....	16
Introduction .....	17
Matériel et méthode.....	19
Les participants.....	19
Le recueil des données .....	19
L'analyse des données.....	20
Résultats.....	21
Description des participants.....	21
L'exercice pluri-professionnel.....	21
La maison de santé pluri professionnelle .....	22
La communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) .....	23
Son champ d'action.....	23
Ses trois missions socles.....	23
Les avantages à mieux se fédérer en CPTS.....	24
La fédération des professionnels de santé autour d'un projet de santé.....	25
Les inconvénients des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.....	26
Discussion .....	30
Résultats principaux .....	30
Comparaison aux données de la littérature .....	30
Forces et limites de l'étude .....	32
Références bibliographiques :.....	34
Annexe 1 .....	37
Texte de l'annonce de l'appel à participation :.....	37
Annexe 2 .....	38
Annexe 3 .....	41
Annexe 4 .....	42
Serment d'Hippocrate.....	43
Résumé .....	44
Abstract.....	46

## Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CERNI : Comité d’Ethique pour les Recherches Non-Interventionnelles

CPAM : Caisse Primaire d’Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri Professionnelle

PACA : Provence-Alpes-Côte-d’Azur

SéCu : Sécurité Sociale

## Introduction

En France, pour améliorer l'accès et la qualité des soins primaires et la coordination entre les acteurs de santé, organiser des parcours pluri-professionnels et développer des actions territoriales de prévention, le Ministère des Solidarités et de la Santé prévoit le déploiement de 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à l'horizon de 2022 (1). Les CPTS sont l'association de professionnels de santé du premier et second recours, d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé pour une meilleure organisation des parcours patients, initialement (2). La création des CPTS est à l'initiative des professionnels de santé libéraux déjà installés, et qui connaissent donc bien les besoins de la population d'un territoire donné.

L'exercice pluri professionnel en ambulatoire en France, est déjà favorisé depuis la reconnaissance légale et le financement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) en 2008 (3)(4)(5). Les MSP ont des missions dédiées à la coordination clinique de proximité centrée sur le patient : faciliter l'accès aux soins, organiser la continuité et la coordination des soins autour des patients complexes et développer des actions de prévention (6).

Le concept de méso-niveau permet de mieux comprendre l'articulation entre ces organisations de soins. Cette articulation peut se résumer à trois niveaux : le micro-niveau, comprenant les cabinets médicaux et les MSP ; à l'échelle supérieure le méso-niveau représenté par les CPTS ; tous chapeautés en macro-niveau par les décideurs nationaux comme la CPAM et le gouvernement (7).

Les MSP ont une action auprès d'une patientèle, alors que les CPTS ont une action d'ordre populationnelle, au sein d'un bassin de vie.

Depuis 2018, le déploiement des CPTS est accompagné de façon incitative par les Agences Régionales de Santé (ARS). En 2019, les syndicats représentatifs des différentes professions de santé et l'assurance maladie ont signé un accord conventionnel interprofessionnel visant à apporter un soutien financier aux CPTS et ont donc mieux défini les missions de celles-ci (8). Cependant, beaucoup de professionnels libéraux, même ceux ayant l'expérience de l'exercice pluri professionnel en MSP, s'interrogent sur l'apport supplémentaire de ces organisations et en connaissent mal leurs missions. Ces structures naissantes doivent pourtant s'enrichir des professionnels des territoires qu'elles couvrent, afin d'être une force de proposition d'actions d'ordre populationnelle, provenant du terrain (micro-niveau).

L'objectif principal de cette étude était de connaître les représentations des professionnels de santé libéraux exerçant déjà en pluri professionnalité et adhérents à une CPTS sur l'apport et les contraintes de ce nouveau mode d'organisation. La CPTS peut-elle répondre aux freins de certains professionnels à s'engager dans des organisations pluri-professionnelles ? La CPTS peut-elle compléter le travail pluri-professionnel en MSP ?

## Matériel et méthode

Une étude qualitative par entretien semi-dirigé été la plus adaptée pour comprendre les représentations des professionnels sur l'exercice pluri professionnel (9). L'analyse qualitative des données a été réalisée selon une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée (10)(11). La scientificité de l'étude a été assurée en suivant la grille de qualité COREQ (12).

### Les participants

Avant de démarrer l'étude, afin de garantir la protection des personnes, le Comité d'Éthique pour les Recherches Non-Interventionnelles (CERNI) de l'Université Côte d'Azur a été sollicité (Avis favorable n° 2021-011, obtenu le 7 février 2021).

Un échantillonnage raisonné théorique a été réalisé au sein d'une population de professionnels de santé libéraux adhérents à une CPTS et ayant l'expérience de l'exercice coordonné en maison ou en pôle de santé dans la région PACA. La population ciblée a été contactée via la liste disponible sur le site de l'ARS, des coordinateurs et présidents des CPTS de la région PACA (13). Il leur étaient demandé de relayer par mail, un message d'appel à participation à leurs adhérents exerçant en MSP (*Annexe 1*). Le message d'appel à participation présentait les responsables de la recherche (CC, CM), l'investigateur (AV), l'objectif de l'étude, et les modalités de recueil des données.

### Le recueil des données

Afin de garantir la protection des données, une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-004 a été reçue le 09 mars 2021 (numéro de Référence CNIL 2221461 v 0).

Les entretiens ont été réalisés, au choix des participants, en visioconférence ou sur leurs lieux de travail, entre Avril et Juillet 2021. En début d'entretien, le consentement signé de chaque participant a été recueilli après information sur l'objectif de l'étude, les modalités de recueil de données, la procédure de stockage des données, de pseudo-anonymisation et le droit de retrait du participant (*Annexe 2*).

Les données qualitatives ont ensuite été recueillies par entretiens individuels semi-dirigés, réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (*Annexe 3*). Dans un deuxième temps certaines données quantitatives descriptives ont été relevées (*Annexe 4*).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Afin de préserver la confidentialité des participants, la veille de chaque entretien, un alias du participant a été généré de façon aléatoire. Le jour de l'entretien, le participant était nommé avec l'alias sur l'enregistrement. Les enregistrements sonores ont été supprimés immédiatement après leur retranscription écrite, au plus tard sept jours

après l'interview. Les retranscriptions ont été conservées sur l'ordinateur à code personnel de l'investigateur, et sur une clé USB chiffrée, le temps de l'analyse. Une table de correspondance avec les données des participants et leur alias, et toutes les retranscriptions ont ensuite été stockées sur deux disques durs à chiffrement, dans un local fermé à clés au département de recherche et de médecine générale de Nice, pour une durée de vingt ans. A la fin de l'analyse, toutes les données ont été supprimées de l'ordinateur personnel de l'investigateur et de la clé USB chiffrée.

### *L'analyse des données*

L'analyse a été réalisée selon une démarche itérative, et a permis de décider du nombre d'interview à réaliser en vue d'une saturation théorique des données. Après chaque entretien, lors de la retranscription, a été réalisée une analyse ouverte, par comparaison constante, qui a permis une familiarisation et contextualisation des données, puis un étiquetage expérientiel. Dans un deuxième temps, une analyse axiale a été réalisée avec identification des propriétés et construction de catégories. Enfin, une approche de modèle explicatif a été proposée en s'inspirant du modèle SWOT (14). L'analyse a été réalisée par 3 chercheurs (AV, CM, CC), avec triangulation des données.

# Résultats

## Description des participants

Le nombre d'entretiens a été établi après avoir atteint une saturation théorique des données à partir du 18<sup>e</sup> entretien.

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le tableau 1.

Participants	Profession	Sexe	Tranche d'âge	Durée d'exercice en libéral	Durée d'adhésion MPS	Durée d'adhésion CPTS	Milieu d'Exercice	Participation à la rédaction du projet santé CPTS	Durée des entretiens (en minutes)
MGH5	MG	H	30-40ans	>20 ans	<5 ans	1	semi-rural	Non	00:20:19
MGF4	MG	F	30-40ans	>20 ans	<5 ans	1	urbain	Oui	00:22:29
MGH2	MG	H	30-40ans	>20 ans	5-10 ans	1	semi-rural	Non	00:15:53
MGH1	MG	H	40-50ans	>20 ans	5-10 ans	1	semi-rural	Oui	00:20:43
MGH3	MG	H	60-70ans	>20 ans	<5 ans	1	urbain	Oui	00:23:35
MGH7	MG	H	60-70ans	>20 ans	>10 ans	2	semi-rural/ rural	Oui	00:51:07
MGF9	MG	F	60-70ans	>20 ans	<5 ans	1	urbain	Oui	00:44:06
MGH8	MG	H	50-60ans	>20 ans	<5 ans	1	urbain	Oui	00:30:14
MGH10	MG	H	30-40ans	>20 ans	<5 ans	2	rural	Oui	00:38:27
MGH6	MG	H	50-60ans	>20 ans	5-10 ans	2	rural	Oui	00:30:48
PHH4	PH	H	50-60ans	>20 ans	5-10 ans	1	rural	Oui	00:37:56
KH1	K	H	50-60ans	>20 ans	<5 ans	1	semi-rural	Oui	00:24:24
IDEF3	IDE	F	40-50ans	>20 ans	<5 ans	< 1	semi-rural	Oui	00:21:49
IDEF1	IDE	F	50-60ans	>20 ans	<5 ans	2	urbain	Oui	00:42:26
IDEF4	IDE	F	60-70ans	>20 ans	5-10 ans	3	urbain	Oui	00:24:59
IDEF2	IDE	F	40-50ans	>20 ans	<5 ans	< 1	semi-rural	Non	00:27:35
OHH1	Orthoptiste	H	40-50ans	>20 ans	<5 ans	1	semi-rural	Oui	01:07:36
DF1	Diététicienne	F	40-50ans	>20 ans	<5 ans	< 1	urbain	Oui	00:31:49
<b>Total: 18</b>		<b>61% H, 39% F</b>	<b>40-50ans, 50-60ans</b>	<b>Moyenne: 19.5 ans</b>	<b>Moyenne: 4.4 ans</b>	<b>Moyenne: 1.2 ans</b>	<b>39% urbain, 39% semi-rural, 17% rural</b>	<b>83% OUI; 17% NON</b>	<b>Moyenne 00:31:48</b>

Tableau 1

## L'exercice pluri-professionnel

### Un exercice plus formalisé et plus efficient

Les professionnels de santé définissent l'exercice pluri professionnel comme « *un exercice où les professionnels communiquent de façon formalisée* » (MGH6). Les protocoles commun permettent de travailler « *ensemble, de manière cohérente* » (MGH10), dans le but « *d'améliorer la prise en charge coordonnée des patients sur un territoire* » (MGH6). Ce type d'exercice permet de trouver « *des solutions à des soins non-programmés* » (MGH3). Il permet aussi de « *faciliter l'accès aux soins, promouvoir la santé par le biais de la prévention, et [...] organiser les parcours de soins* » (IDEF1).

### Mais des difficultés dans la coordination et le management d'équipe

Ce qui pourrait être perçu comme un inconvénient, c'est de « *composer avec tout le monde, on sort de l'exercice individuel* » (MGH1). « *Un libéral, cela porte bien son nom, et il n'aime pas recevoir des ordres, il n'aime pas quand on lui dicte des horaires, ni le logiciel qu'il doit utiliser.* » (OHH1).

Certaines propositions des leaders du groupe peuvent être considérées comme « *des adjonctions qui ne sont pas partagées par beaucoup de gens. Et qui doivent être partagées par beaucoup de gens sinon cela ne sert à rien.* » (MGF9) et « *c'est compliqué ; motiver les professionnels de venir aux réunions, ce n'est pas évident non plus* » (IDEF3).

## La maison de santé pluri professionnelle

### **Des soins qualitatifs au plus près des patients, avec des liens fort interprofessionnels**

La MSP est un « *producteur de soins [...] qualitatifs* » (MGH6). Elle assure « *une coordination [...] autour d'une patientèle propre* » (MGH7). Pour les patients, « *cela les rassure beaucoup* » (IDEF3).

« *L'échelon le plus efficace est quand même l'échelon de la MSP, quoi.* » (MGH1).

La MSP agit « *sur une étendue de territoire plus petite et avec des contraintes, on va dire peut-être, plus importantes mais avec une inter-professionnalité plus présente, étroite.* » (OHH1).

### **Une pluri professionnalité restreinte mais des missions bien définies pour chaque professionnel**

« *Chacun a son rôle et une fonction et que tout ceci soit réfléchi tous ensemble.* » (MGH7). Le travail en MSP c'est « *beaucoup plus restreint sur le plan territorial et au niveau aussi professionnel... il y a moins de pluridisciplinarité... Cela touche moins de professionnels de santé.* » (IDEF1).

### **Un financement ACI basé sur les médecins entraînant un sentiment d'exclusion des autres professionnels de santé**

« *Les autres professionnels sont quand même un peu oubliés dans tout cela et cela ne favorise pas la venue de tout le monde.* » (IDEF2). Et « *sur le banc de touche d'autres infirmières qui bossent très bien.* » (MGH2).

### **Une charge administrative contraignante et mal comprise**

Que ce soit concernant le montage d'une MSP, mais aussi concernant son fonctionnement ensuite, une fois l'ACI signée, « *il faut faire des réunions, alors c'est vrai que c'est un peu chronophage* » (IDEF3), avec certaines « *qui ne sont pas forcément rémunérées* » (MGH8).

Les évaluations et le retour aux financeurs sont mal perçus : « *vous devez après prouver que vous avez bien fait votre travail en MSP. Sinon on vous reprend l'argent qu'on vous a donné.* » (OHH1).

### **Un engagement fort entre professionnels qui peut devenir contraignant**

Les professionnels de santé reconnaissent les contraintes en MSP : accepter l'avis des autres collègues, organiser son emploi du temps afin de répondre à la continuité des soins et des soins non-programmés. « *Les professionnels ils ont l'impression qu'ils sont beaucoup plus enfermés dans la MSP.* » (OHH1). Les gens sont réticents aussi à l'idée qu'une partie de leur revenue sera absorbée pour le fonctionnement de la MSP, et « *cela coûte finalement plus cher d'être en MSP qu'en libéral* » (DF1).

## La communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

### Son champ d'action

#### **Une action au niveau « méso » bien comprise par les professionnels impliqués dans cet exercice**

Les professionnels de santé s'accordent à dire que les CPTS ont une action « à l'échelle d'une population » (MGH6), avec « une dimension territoriale » (MGH10) beaucoup plus large que les MSP. « C'est un travail de territoire avec les hôpitaux, avec les instances. » (KH1). « La CPTS n'a pas vocation à produire du soin » (MGH6). Elle se situe à « une échelle plus stratégique de définition des parcours, d'organisation avec les acteurs » (MGH6). « La CPTS [...] a une fonction qui s'élargit à tout ce qui est médico-social et [...] tout ce qui gravite autour de la politique de santé du territoire » (MGH7).

#### **Mais une définition mal comprise par certains interlocuteurs institutionnels de première ligne**

« La CPTS parle à peu près à personne, elle est très mal connue particulièrement par les maires, la préfecture ne savait pas ce que c'était [...] alors, au début alors je ne vous dis pas le dialogue de sourd. » (PHH4).

#### **La création des CPTS, un reflet de l'échec des politiques de santé précédentes**

« L'échec de la politique précédente, a forcé les politiques à se rendre compte que la dernière chance c'est finalement de laisser les acteurs sur le terrain participer, s'organiser, de manière à optimiser l'offre de soins en proximité » (MHG6).

### Ses trois missions socles

Les trois missions socles génériques des CPTS sont bien connues de leurs adhérents, bien que pour le moment beaucoup ne soient pas encore mises en œuvre complètement sur leurs territoires. Elles apparaissent toutes comme des apports pour la population et aussi pour les professionnels de santé, et ne sont pas critiquées. Les adhérents sont convaincus par l'utilité de ces missions.

#### **Faciliter l'accès aux soins et gérer les soins non programmés**

« En réalité dans ces missions qui ont été définies au niveau national, il y a la prise en charge des patients sans médecin traitant, c'est la prise en charge des consultations non-programmées pour soulager la charge de l'hôpital essentiellement » (MGH8).

### **Organiser les parcours de soins des patients**

La CPTS « a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs et de créer, d'optimiser, de développer des parcours de soins, pertinents qui sont en lien avec le diagnostic territorial, qu'elle a fait, c'est à dire avec les besoins, identifiées sur son territoire. » (MGH6). « Quand quelqu'un sort de l'hôpital et qu'il va retourner en ville chez lui, bah le parcours de santé sera sécurisé. » (MGH10).

### **Favoriser la prévention personnalisée et l'éducation en santé au cœur des territoires**

Une CPTS pourrait permettre « des démarches de prévention en fonction de qui est sur le terrain » (MGH10), et créer du lien entre les habitants d'un territoire : « rencontrer d'autres patients, voilà, tout l'enrichissement de l'éducation thérapeutique. » (IDEF3).

### Les avantages à mieux se fédérer en CPTS

« Il n'y a aucun désavantage parce qu'on participe à la base d'un volontariat [...] chacun s'implique au niveau qu'il veut. Donc je ne vois pas où est le désavantage. » (MGH6).

### **Augmenter la qualité des soins**

« C'est le travail pluri-professionnel et la coordination des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients et pour améliorer notre qualité de soins ensemble. » (IDEF4).

### **Limiter les dépenses de santé**

« Au niveau du coût de la santé cela va faire des économies car cela va permettre une limitation du nomadisme médical, [...] cela va permettre d'optimiser la prise en charge des patients à un moindre coût. » (MGH8). La CPTS est là aussi « pour limiter les hospitalisations inutiles, les recours aux urgences inutiles » (MGF9) et permettre donc une limitation des dépenses de santé.

### **Lutter contre les problèmes de démographie médicale**

« Se fédérer et travailler sur une CPTS va permettre de pallier en grande partie à ce gros problème de démographie médicale. » (MGH8). L'organisation pluri professionnelle renforce les soins primaires, et les rend plus efficaces. Elle permet aux professionnels d'un territoire de « participer à l'organisation des soins de ville, de manière à [...] améliorer le service rendu à la population. » (MGH6).

Une CPTS peut aussi favoriser l'attractivité du territoire et certains professionnels s'organisent « pour la génération qui arrive. » (KH1).

### **Faciliter la communication interprofessionnelle**

La communication est d'abord facilitée entre professionnels de premier recours : « *La CPTS a décloisonnée [...] cela a créé une dynamique [...] pour recruter plus sur le territoire.* » (PHH4).

La CPAM facilite la communication vers les professionnels non encore adhérents via les « *flash info* » (PHH4). La communication avec des structures hospitalières permet « *d'avoir une vision multifocale et de voir là où sont les choses à améliorer pour qu'on se comprenne et pour qu'on travaille mieux ensemble.* » (PHH4).

Les professionnels créent, à travers les CPTS, du « *lien avec le médico-social qui est un élément important dans nos consultations* » (MGH8), et « *des liens avec certains organismes et associations...* » (IDEF4).

### **Valoriser les compétences de chacun**

Pour les infirmiers par exemple, « *l'avantage que cela peut avoir pour notre profession c'est que cela va nous permettre d'avoir une reconnaissance de nos compétences.* » (IDEF1).

### **Avoir plus de poids pour communiquer auprès des structures hospitalières ou institutionnelles**

La crise sanitaire en lien avec l'épidémie de Covid-19, notamment la campagne vaccinale a renforcé les échanges entre les professionnels de santé et les administrations. « *La vaccination a attiré d'autres effecteurs, par exemple, des politiques, des professionnels de santé un peu intermédiaires entre la politique et les autres professionnels.* » (MGF9).

De plus, la parole des libéraux est enfin portée par les CPTS, auprès des hôpitaux, ce qui n'était pas le cas des MSP : « *Si on est une CPTS qui est une association représentant l'ensemble des professionnels de santé de ville et qu'on va taper à la porte d'un hôpital, en général, cela n'a rien à voir.* » (MGH10). « *Nous, en MSP, [...] on est pas aussi puissant en nombre de patients, on n'est pas aussi costaux.* » (MGH3).

### *La fédération des professionnels de santé autour d'un projet de santé*

#### **Saisir le contexte de la crise sanitaire, pour fédérer les professionnels dans les CPTS**

La crise sanitaire en lien avec l'épidémie de la Covid-19 a accéléré le regroupement des professionnels en CPTS et « *a pu montrer en quoi cela peut être utile [...] tout ce qu'on a réussi à faire, dans le cadre de cette vaccination et de la pandémie, est déjà super.* » (MGH5).

### **Co-construire avec les tutelles, en gardant un fort pouvoir de décision**

« La CPTS c'est presque imposé par le gouvernement » (KH1), mais il existe une certaine liberté pour les professionnels, de proposer un projet de santé à l'ARS. « Le projet de santé c'est vous qui le présentez à l'ARS. Et l'ARS elle l'accepte ou pas. » (OHH1). « La posture est surtout de ne pas être exécuteur. Elle est d'être en co-construction. » (PHH4). « L'ARS elle ne demande que cela, que ce soit de la CPTS. Donc elle est à l'écoute de ce qu'on veut. » (IDEF4). « On peut bloquer un système si on considère qu'il ne correspond pas à nos besoins. » (MGH8).

Pour certains professionnels de santé cette liberté est leur dernière chance de préserver la médecine générale libérale et éviter qu'un modèle défini par les tutelles ne leur soit imposé. « C'est fondamental parce que si on échoue, compte-tenu des contraintes que je viens d'expliquer, dans les 5, dans 10 ans la médecine libérale telle qu'elle existe, n'existera plus. Et alors on nous imposera un modèle. La CPTS est la meilleure idée depuis les années '70. » (MGH6).

### **Mettre le patient au cœur du projet de santé**

« Le grand gagnant c'est je pense quand même le patient. » (PHH4).

La culture de l'équité des soins se retrouve dans les CPTS, avec des actions spécifiques, proportionnelles aux besoins de la population. Par exemple ces ateliers-rencontres organisés auprès de femmes de quartiers populaires, qui leur ont permis « de voir leur quotidien autrement » (IDEF1).

## Les inconvénients des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

### **Une structuration forcée par les tutelles**

La CPTS est ressentie comme « un thème purement politique, ce n'est pas un vrai besoin selon les territoires. C'est encore une fois qu'on nous fait croire que ce sont les territoires qui s'organisent alors que ce n'est pas vrai. » (MGF9). « Il y a certains professionnels de santé qui sont assez réticents au fait de répondre aux exigences de l'ARS ou de la Sécu. » (MGF4). Et le regard porté des tutelles peut déranger : « Il faut rentrer dans le moule. Il faut rendre des comptes. » (MGH7) .

L'adhésion incitative apparaît comme une contrainte pour certains, car « dans deux ans, le forfait structure n'existerait plus pour eux s'ils n'y adhèrent pas à la CPTS. » (MGH3).

### **La mainmise du public sur le privé, avec une perte de sensation de liberté**

*« Je ne pense pas du tout qu'on est des acteurs, parce que le cahier des charges est déjà conçu bien à l'avance [...] on est dans une adjonction de faire ce que l'Etat a décidé que c'est nécessaire pour répondre aux besoins de la population. » (MGF9).*

### **Un territoire d'action imposé, trop étendu et trop diversifié**

Le territoire paraît finalement défini par *« leurs données à eux, à pouvoir sortir la statistique à la CPAM. » (IDEF4)*, et il apparaît souvent trop vaste aux yeux des professionnels de terrain.

*« C'est plus difficile de coordonner et de travailler en pluri-professionnalité sur un territoire élargi [...] où il n'y a pas du tout les mêmes problématiques de territoire. » (IDEF4).*

Au niveau de la structuration des CPTS, certains proposent de créer des *« cellules de CPTS, une dans différents quartiers [...] Il faudrait que cela fasse un peu comme des tentacules et que quelqu'un coordonne tout cela. » (IDEF1).*

### **Une mise en place et un fonctionnement encore flou**

Le caractère récent de ces organisations entraîne des carences administratives ou juridiques : *« Les CPTS, je pense que c'est un petit peu plus flou que ce soit pour nous ou même pour les institutions. » (MGH1)* . *« L'ARS nous demande beaucoup de choses, puis ils ont vachement du mal à répondre à un discours de clarté que ce soit de financement, de fonctionnement. » (PHH4).*

Pour la population, les actions et missions des CPTS sont méconnues : *« Ça, par contre, CPTS, les patients ne savent pas du tout ce que c'est. » (IDEF3)*. *« Je ne suis pas sûre que le patient prenne conscience de ce qu'il y a derrière et de tout ce que cela mobilise. » (IDEF2).*

Et certains professionnels même n'ont pas encore conceptualisé les différents niveaux de structuration des soins primaires : *« Sur un territoire où il y a déjà une MSP qui fonctionne bien, est-ce que c'est utile de monter une CPTS ? Non, pour moi. Parce qu'on va faire exactement la même chose mais plus élargie dans la CPTS. » (IDEF4).*

### **Des doutes sur l'efficacité réelle de cette structuration pluri professionnelle**

*« Je ne sais pas si c'est un bien ? Je vous avoue que je me pose parfois la question. » (IDEF1).*

Certains ajoutent que la marche forcée, le déploiement de 1000 CPTS en 2022 annoncé par le Président Macron peut amener à créer des CPTS comparées à *« des coquilles vides. » (MGF9)*. *« Il y a beaucoup de CPTS qui existent et qui ne font rien mais qui existent quand même. » (MGH7).*

« CPTS...je reste sur ma réserve car à part la vaccination qui a été un vif succès, j'attends de voir. » (OHH1).

### **La peur du jugement des pratiques et de la concurrence**

« Les gens ils pensent qu'on va leur prendre leurs patients, on va aller voir ce qu'ils font, qu'on va contrôler ce qu'ils font et cela ne leur plaît pas. » (KH1).

### **La lourdeur administrative**

« Pour le moment le plus grand défaut du système français de santé est l'hyper-complexité, le nombre d'intervenants, et le manque de synergie, la lourdeur administrative qui fait que cela va être un freinateur. » (PHH4). « On n'a pas à faire de l'administratif. Ce n'est pas de notre boulot. » (MGH1).

Le frein administratif réside en partie dans le fait qu'il faut « qu'il faut rendre des comptes [...] d'autant plus qu'il y a une rémunération. » (IDEF1).

### **Le management et la gestion d'équipe, des compétences nouvelles à acquérir**

Les acteurs de santé des territoires travaillaient de manière autonome et isolée pour la plupart, et « plus le groupe est grand, plus il faut savoir gérer les égos de chacun, savoir ce que chacun veut et fait. » (KH1).

La difficulté réside dans le fait que beaucoup de professionnels du territoire sont peu informés sur les CPTS, « avec des gens nouveaux qui n'ont jamais entendu parler de quoi que ce soit et qui restent dans leur pratique, exercice individuel et solitaire et égoïste. » (MGF9). Le rôle des leaders serait d'informer régulièrement des avancements des projets en CPTS et essayer de les impliquer dans le dynamisme de la CPTS. « Il ne faut pas laisser ces gens dans l'ignorance parce qu'ils vont juste payer leur cotisation de 20euros et puis basta. Ils ne vont pas s'impliquer. » (OHH1). « On est dans une dynamique de groupe et il faut embarquer tout le monde avec soi. Des gens qui ont envie de faire, des gens qui ont moins envie de faire. » (MGH1). Il est question même de considérer les résistances au changement, si on veut fédérer l'ensemble des professionnels : « les gens ne comprennent pas, ils n'ont pas envie de changer, c'est compliqué. » (MGF9).

On retrouve aussi une difficulté à planifier les réunions de travail avec « la difficulté de trouver des dates communes, de trouver des volontaires pour animer » (IDEF1) chez des professionnels déjà très chargés. Un coordonnateur semble indispensable, mais un leader ou « de la hiérarchie dans l'organisation [...] cela ne va pas fonctionner. Il faut qu'il y ai de la transversalité, il faut qu'il y a de la coordination. » (MGH7).

## Un financement surtout dédié à la coordination

« Il y a peu d'argent qui va vraiment vers le soignant dans cette histoire. Parce qu'on voit de grosses sommes d'argent allant vers les CPTS mais elles servent à la coordination. » (MGH3).

« Mais ils mettent tellement de contraintes à la CPTS que l'argent qu'ils donnent ne sert qu'à financer les contraintes qu'ils mettent. » (MGF9).

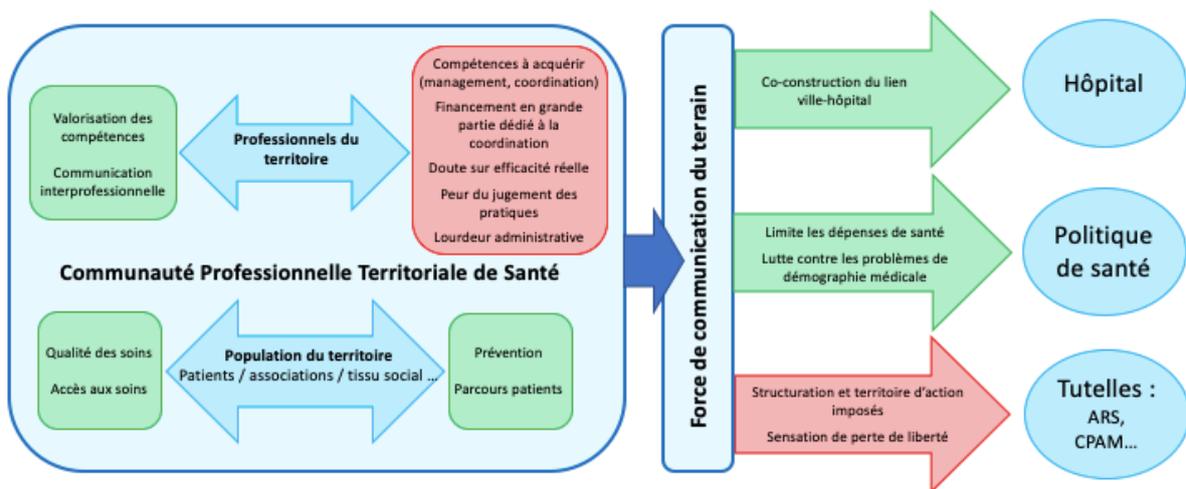


Figure 1 : Modèle explicatif des représentations des professionnels de santé sur l'exercice en CPTS.

## Discussion

### Résultats principaux

Cette étude a permis de mettre en évidence un intérêt des professionnels pour ce nouveau type d'organisation à un méso-niveau des soins primaires. Un nouveau mode d'organisation, complémentaire aux MSP, qui permet une plus grande liberté individuelle, une valorisation des professionnels, et qui est perçu comme un moyen de lutte contre la désertification médicale. La crise sanitaire en lien avec l'épidémie de Covid a accéléré la fédération des professionnels de santé au sein des CPTS et cela a mis en lumière la capacité de gestion de crise des CPTS.

Les missions génériques des CPTS définies par les tutelles, sont bien connues par les professionnels. Pour mettre en œuvre ces missions, il existe une liberté de construire des actions de terrain, en lien avec les besoins de la population et des professionnels. Les CPTS représentent enfin une force de communication provenant du terrain, vers le monde hospitalier et politique.

Au sein des CPTS, existe par contre une peur du jugement des pratiques, et une lourdeur administrative chez des professionnels libéraux déjà sensibles à la charge administrative de leur exercice. Les compétences managériales et de coordination sont encore balbutiantes dans ces structures. Et la coordination paraît prendre une grande partie du financement des CPTS. Enfin, plane toujours le doute de l'efficacité réelle de ces organisations, surtout quand leur structuration et leur territoire d'action ont été ressentis comme imposés.

### Comparaison aux données de la littérature

Les médecins généralistes sont souvent favorables à adhérer à des réseaux de santé afin de mieux coordonner les pratiques des différents intervenants autour des patients (15)(16). Et la multiplicité de type d'exercice pluri-professionnel, tel que les MSP ou CPTS, permet à chacun de s'investir à un projet qui leur correspond (17).

Les CPTS pourraient représenter ce réseau pluri-professionnel améliorant l'autonomie des professionnels du territoire, la coordination et la fluidification des parcours de soins. Comme on retrouve dans la littérature, selon l'étude de Hooman, les médecins « enthousiastes » ne présentent ni doute ni contrainte vis-à-vis de la CPTS (18). Brown conclue que la CPTS, agissant au méso-niveau, permettrait une meilleure cohésion entre les équipes médico-sociales et les professionnels de santé libéraux (7). Dans son étude sur les renouvellements des soins de premier recours publiée en 2011, Alexis VERVIALLE conclue que les MSP sont une des solutions pour répondre aux besoins de renouvellement des soins de premier recours mais pas la seule. Il propose en plus de la mise en place

des CPTS, une réelle politique de santé des soins primaires avec une réorganisation des soins et du territoire : promouvoir des nouveaux métiers comme un coordinateur, améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé, étudier les besoins de santé, créer des structures pluri-disciplinaires (19).

La DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, constate dans un papier publié en mars 2021, que la densité des médecins généralistes est en baisse entre 2012 et 2021 : en 2012 il y avait 153 médecins généralistes pour 100 000 habitants et en 2021 pour 100 000 habitants il y a 140 médecins généralistes (20). L'organisation en CPTS paraît être une des solutions à la baisse de la démographie médicale, aux yeux des professionnels de terrain.

Parmi les médecins généralistes interviewés dans notre étude, certains entrevoient la CPTS comme une opportunité de réorganiser le système de santé en déléguant des missions à leurs collègues para-médicaux, afin de rendre les seconds plus autonomes dans leur exercice professionnel au quotidien. La délégation de tâche existe depuis la Loi relative à la politique de Santé, et 2007, « Hôpital 2007 » (21), mais est encore peu mise en œuvre sur les territoires. Les CPTS pourraient enfin promouvoir ce nouveau mode de collaboration pluri-professionnelle.

Comme décrit dans notre étude, Nassif retrouve que les médecins généralistes s'inquiètent de ces nouveaux modes d'organisation pluri professionnel, d'un passage d'une rationalité individuelle à une rationalité collective, et décrivent une peur d'un rapport de force avec l'Hôpital, voir une perte du statut de référent des soins primaires (22).

Dans la littérature nous retrouvons des freins communs à l'exercice pluri-professionnel comme le temps parfois non rémunéré investi dans la création de la MSP, certaines réunions ressentie comme chronophages (23), la surcharge administrative (24), les contraintes émanant des autorités de santé (25), les difficultés d'articulation ville-hôpital et les difficultés de communication entre professionnels (25). Le manque de compétence en management d'équipe et coordination est ressenti dans toute organisation pluri professionnelle, comme dans les MSP où les coordinateurs ont un rôle important à jouer pour résoudre la complexité de l'exercice pluri-professionnel et des exigences administratives des tutelles (26).

Dans notre étude, les professionnels de santé sont unanimes sur le fait que les CPTS doivent être construites et coordonnées par les professionnels de santé eux mêmes, et ne pas suivre des adjonctions politiques. Déjà en 2017, Sebai et Yatim décrivent la tension entre la logique médicale des professionnels de santé en ville concernant leurs patients propres, contre la logique d'une population entière sur un territoire, portée par les pouvoirs publics (27).

### *Forces et limites de l'étude*

La pluri professionnalité des personnes interviewées apporte une vision plus large de la représentation des CPTS. Le critère d'inclusion d'exercer déjà en équipe pluri professionnelle (MSP) pourrait paraître restrictif, mais il a permis de recueillir des représentations de professionnels déjà sensibilisés à cet exercice en coordination. Cela nous a permis de mieux comprendre les mécanismes facilitant la montée en puissance des CPTS, ainsi que les difficultés à la mise en place de ces nouvelles structurations au méso-niveau.

L'enquêtrice de l'étude était novice dans le domaine des études qualitatives, ce qui a pu limiter la qualité du contenu des entretiens et l'analyse des résultats. Pour pallier en partie, à ce biais, deux chercheurs plus expérimentés ont analysé les données, en parallèle.

### *Perspectives*

Les professionnels de santé libéraux mettent tous leurs espoirs dans les CPTS pour décroiser le système ville-hôpital (28). La facilitation de la communication ville hôpital pourrait passer par un système d'information partagé, enfin effectif et sécurisé. Dans la région PACA, il existe un portail santé en ligne, géré par l'ARS, qui est encore trop organisé de manière cloisonnée entre professionnels de santé, et dans lequel les libéraux ne sont pas ou peu inclus (29). Celui-ci est en cours de restructuration avec un projet « e-parcours » dont les objectifs sont de coordonner les prises en charges des patients en simplifiant et sécurisant les échanges d'informations autour du patient, et en interfaçant un écosystème de logiciels existants (30).

Une des grandes missions des CPTS est l'accès aux soins et notamment la gestion des soins non programmés (SNP), pour désengorger les urgences. Des propositions très structurées viennent de la part de développeur de logiciel de gestion des SNP, ainsi que de l'Assurance Maladie qui finance cette mission avec une enveloppe additionnelle (8). Les professionnels des territoires doivent se saisir de cette mission, en relation avec tous les effecteurs des SNP, pour que le bénéfice final de cette structuration revienne au patient d'abord, tout en permettant de limiter les dépenses de santé.

Actuellement, dans les CPTS, la fonction de coordination est assurée par des professionnels de santé non ou partiellement formés, et qui sont déjà confrontés à des charges administratives considérées comme « lourdes ». La fonction de coordination est pourtant un élément essentiel au fonctionnement, par son rôle administratif, de gestion et de motivation des équipes et de suivi des projets. Tant de caractéristiques qui ne font pas partie des formations des professionnels de santé. De nouvelles formations spécifiques voient le jour en France. Cela pourrait permettre de pallier à ce

manque et faciliter le développement des CPTS, en libérant du temps pour les professionnels de santé et en arbitrant les relations.

Les professionnels de santé reprochent à la médecine libérale d'aujourd'hui de ne pas leur fournir de temps adéquat pour la prise en charge des patients (31). De plus, la profession se féminise (20), et les jeunes médecins aspirent à un exercice regroupé et pluri-professionnel, pour concilier vie privée et vie professionnelle (23). La rémunération par action de santé publique, ou pour organiser les parcours de soins, et améliorer la qualité des soins, par le biais des CPTS peut justement combler cette carence ressentie dans la prise en charge (8).

La nouvelle génération de professionnels de santé est baignée dès la formation initiale à l'exercice pluri professionnel et certains enseignements communs sont proposés, notamment entre internes de médecine générale, étudiants infirmiers, étudiants kinésithérapeutes, en y intégrant des patients partenaires (32). L'exercice pluri professionnel avec l'intégration du patient dès la faculté permettra dans quelques années cette culture de l'échange et de la communication sans hiérarchie et en incluant tous les concernés dès l'établissement d'un projet de santé sur un territoire donné.

Cette étude soulève des questionnements sur l'efficacité réelle des CPTS sur l'amélioration de l'état de santé des populations qu'elles couvrent. Des études regroupant les suivis d'indicateurs des projets de santé de l'ensemble des CPTS du territoire français, pourront nous fournir des pistes pour améliorer encore la qualité des soins.

## Références bibliographiques :

1. Bertrand D, Bontoux D, Plouin P-F, Richard F, Rouëssé J. Rapport 19-03. Analyse du plan « Ma Santé 2022, un engagement collectif » et propositions de l'Académie nationale de médecine. Bull Académie Natl Médecine. 2019 Jul;203(5):245–51.
2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
3. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000017726554/>
4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
5. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1) - Légifrance [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024457033/>
6. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017.
7. Brown C. Brown C. The emergence of the meso-level concept and example applications in ambulatory care in France. Paris, EHESP, 2019. :53.
8. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord interprofessionnel en faveur du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
9. Les recherches qualitatives en santé - Joëlle Kivits, Frédéric Balard, Cécile Fournier, Myriam Winance | Cairn.info [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
10. Initiation à la recherche qualitative en Santé - Boutique La Revue du Praticien [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://boutique.larevuedupraticien.fr/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante>

11. Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://journals.openedition.org/lectures/1357>
12. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups [Internet]. [cited 2021 Sep 29]
13. Des communautés professionnelles de santé pour mieux organiser les soins de proximité | Agence régionale de santé PACA [Internet]. [cited 2021 Sep 29]. Available from: <https://www.paca.ars.sante.fr/cpts>
14. SWOT Analysis - Minnesota Dept. of Health [Internet]. [cited 2021 Sep 30]. Available from: <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/resources/phqitoolbox/swot.html>
15. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. Rev Fr Aff Soc. 2011;1(2):29.
16. Li OB-KN. La coordination des soins dans un réseau de santé territorial: quelle acceptabilité par les médecins généralistes? :73.
17. Seigneur Y. L'exercice de la Médecine Générale en groupe pluridisciplinaire: quels attraits, quelles contraintes? :166.
18. HOOMAN KHADEMI KOHNEHSHAHRI MJL. Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de CPTS. :47.
19. Alexis V. Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires: une réponse aux besoins de renouvellement des soins de premier recours ? :72.
20. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
21. Belcher P, Moncrieff S, Heidbrink C. SENIOR EDITORIAL ADVISER: :60.
22. Nassif S. Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des CPTS.pdf.
23. Kozłowski-Dupret M. Représentation et attentes des acteurs de santé concernant la création d'un pôle de santé sur un territoire de santé des Alpes Maritimes. :101.

24. Gerrier N. Besoins, attentes et craintes des professionnels de santé à propos de la création d'un pôle de santé pluriprofessionnel au sein du quartier des Moulins-Meridia. :69.
25. Cubaud J-R. Représentation des professionnels de santé d'un territoire des Alpes Maritimes sur les axes types d'une structure d'exercice pluriprofessionnelle. :123.
26. Bouab F. L'intérêt d'un coordonateur dans les maisons et les pôles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse: enquête auprès des professionnels de santé exerçant dans les maisons et poles de santé pluriprofessionnels du département de la Meuse. :135.
27. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Rev Fr Adm Publique. 2017;164(4):887.
28. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. :70.
29. Portail de santé PACA [Internet]. [cited 2021 Oct 14]. Available from: <https://sante-paca.fr/>
30. e-Parcours Presentation Webinar, 17 février 2021.
31. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours: place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. :338.
32. Id H. La formation à l'interprofessionnalité des futurs médecins généralistes en 3e cycle: un état des lieux en France. :53.

## Annexe 1

### Texte de l'annonce de l'appel à participation :

Madame/ Monsieur, Bonjour

Je m'appelle Atina Valtcheva, interne en 3<sup>e</sup> année de Médecine Générale.

Je me permets de vous contacter au sujet de mon travail de thèse, dirigé par les docteurs Céline CASTA et Christelle MARGO, qui porte sur les représentations des professionnels de santé libéraux adhérents à une CPTS sur l'apport et les contraintes de ce nouveau mode d'organisation.

Je vous contacte car vous avez l'expérience de l'exercice coordonné en maison ou pôle de santé et vous êtes adhérent à une CPTS ou en cours de montage de CPTS. Je souhaiterais m'entretenir avec vous afin de recueillir vos opinions sur l'apport supplémentaire que peut apporter l'exercice pluri-professionnel en CPTS.

Seriez-vous d'accord pour participer à un entretien individuel d'une durée de 30 minutes environ ?

Celui-ci sera réalisé en présentiel ou en visioconférence selon votre choix et/ou l'évolution des mesures liées à l'épidémie de Covid. Cet entretien sera enregistré sur un dictaphone, puis retranscrit mot-à-mot sur un document Word, au plus tard dans la semaine qui suivra l'entretien. Ce document sera pseudo-anonymisé et ne comportera pas vos noms et prénoms. L'enregistrement vocal sera immédiatement effacé après la retranscription. Les données seront analysées à l'aide du logiciel N vivo. Un formulaire d'information et de consentement de participation ainsi que le questionnaire vous sera remis avant l'entretien. L'entretien sera mené en vous posant des questions ouvertes et vous serez libre de ne pas aborder des idées qui vous mettraient mal à l'aise.

Votre avis compte beaucoup pour nous ! Synthétiser les représentations des professionnels de santé sur l'exercice en CPTS, pourra nous permettre de communiquer nos attentes auprès des institutionnels, informer les professionnels de santé sur ce type d'organisations.

Au plaisir de discuter avec vous sur ce sujet,

Bien cordialement,

Atina Valtcheva

## Annexe 2

<b>Formulaire d'information et de consentement</b>	
<b>« Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en CPTS »</b>	
<p><u>Responsable de la recherche :</u></p> <p>Dr Casta Céline Maître de Conférence Associé au Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale, Université Côte d'Azur-Faculté de Médecine de Nice Présidente de la CPTS Nice Ouest Vallée Mail : <a href="mailto:celine.casta@univ-cotedazur.fr">celine.casta@univ-cotedazur.fr</a> Tel : 04 93 71 28 05</p>	<p><u>Investigateur principal :</u></p> <p>Atina Valtcheva Interne en 3<sup>ème</sup> année de médecine générale à la faculté de Nice Mail : _____ Tel</p>

Ce travail de recherche rentre dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale.

Cette étude a pour objectif principal de décrire les représentations des professionnels de santé libéraux adhérents à une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de santé) sur l'apport et les contraintes de ce nouveau mode d'organisation.

L'objectif secondaire de ce travail est de décrire l'apport supplémentaire de l'exercice pluri-professionnel en CPTS par rapport à l'exercice en maison ou pôle de santé.

Pour répondre à ces objectifs, un entretien d'une durée d'environ 30 minutes sera réalisé avec vous. L'interviewer sera Atina Valtcheva, interne en médecine générale. Cet entretien sera réalisé en présentiel où vous le souhaitez, avec respect des mesures barrières et de distanciation, ou en raison des mesures sanitaires du moment, liées à la Covid en visio-conférence. Il portera sur votre vision de l'exercice pluri-professionnel en CPTS.

Cet entretien sera enregistré sur dictaphone. Par la suite l'enregistrement sera transféré sur l'ordinateur personnel de l'interne en médecine. Dans un délai de maximum de 7 jours après

notre entretien, l'enregistrement vocal sera retranscrit mot – à – mot sur un document Word. Ce document retranscrit ne comportera pas votre nom, mais un alias composé de lettres et de chiffres aléatoires. L'enregistrement vocal sera détruit et le document Word, pseudo-anonymisé, sera sauvegardé sur l'ordinateur personnel de l'interne en médecine, et sur une clé USB chiffrée.

L'ensemble des entretiens retranscrits des différents professionnels de santé interrogés sera analysé à l'aide du logiciel NVivo par l'investigateur principal et le responsable recherche.

A la fin de l'analyse de données, toute donnée sera supprimée de l'ordinateur et de la clé USB de l'interne, et tous les documents seront transférés sur deux disques durs stockés dans un placard fermé à clefs au Département des Enseignements de Médecine Générale de la Faculté de Nice. Ces documents doivent être conservés pendant 20 ans si la thèse est publiée dans une revue scientifique.

Les bénéfices que cette étude peuvent vous apporter seraient de mieux comprendre les avantages et contraintes de l'exercice en CPTS, et vous donner des idées leviers pour améliorer le fonctionnement de votre CPTS

Nous vous rappelons que :

- votre participation est volontaire, personne ne vous oblige de participer à cette étude,
- vous êtes libre de refuser de répondre aux questions sans donner d'explications,
- vous avez le droit de vous retirer, à tout moment, sans condition et sans conséquences négatives,
- vous avez la possibilité de demander la destruction des données d'entretien à tout moment avant l'impression de la thèse.
- si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès à votre entretien ou à toute autre donnée vous concernant à tout moment de l'étude, jusqu'à l'impression de la thèse.
- les données (formulaire de consentement, retranscription d'entretien) seront archivés pendant 20 ans, sur deux disques durs gardés dans un placard enfermé à clefs au Département d'Enseignements de Médecine Générale à la Faculté de Nice.

Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment.

Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la retranscription de cet entretien.

Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Date :

Signature :

## Annexe 3

Guide d'entretien :      **Décrire les représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en CPTS**

**Bonjour,**

**Je vous remercie, Madame/ Monsieur, d'avoir accepté de participer à mon étude et de consacrer de votre temps à cet entretien.**

**Je suis Atina Valtcheva, interne en troisième année de Médecine Générale, et souhaite discuter avec vous de l'exercice coordonné en CPTS.**

### **Question brise-glace**

Pourquoi avez-vous adhéré à une CPTS ?

**Je vous ai contacté en tant que professionnel de santé ayant l'expérience de l'exercice pluri-professionnel, notamment dans votre MSP.**

### **1/ Définitions de l'exercice pluri-professionnel**

Comment définiriez-vous l'exercice pluri-professionnel ?

Quelles sont les missions d'une MSP ?

Quelles sont les missions d'un CPTS ?

Quels sont les points communs et les différences entre ces 2 organisations ?

### **2/ Apport de l'exercice pluri-professionnel dans la pratique quotidienne**

Quels sont les avantages de l'exercice pluri-professionnel en MSP ?

Que vous a apporté l'organisation en MSP ?

Que peut vous apporter de plus l'organisation en CPTS ?

### **3/ Contraintes et difficultés de l'exercice pluri-professionnel**

Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'exercice pluri-professionnel au sein de votre MSP ?

Quelles contraintes supplémentaires pouvez-vous entrevoir dans l'exercice en CPTS ?

### **4/ Impact pour les patients et la population de l'exercice en CPTS**

Quels avantages entrevoyez-vous pour vos patients d'adhérer à une CPTS ?

Pourrait-il y avoir des inconvénients pour vos patients du fait de votre implications dans une CPTS ?

Et pour la population du territoire de votre CPTS, existe-t-il des bénéfices ou inconvénients ?

## Annexe 4

### Questionnaire : Données quantitatives :

- Tranche d'âge : 20-30ans,      30-40ans,      40-50ans,      50-60ans,      60-70ans.
- Sexe :
- Profession :
- Année d'installation en libéral :
- Exercice :
  - Urbain
  - Semi-rural
  - Rural
- Année d'adhésion à une MSP :
- Année d'adhésion à une CPTS :
- Participation dans la rédaction du projet de santé de la CPTS :
  - Oui
  - Non

## Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## Résumé

### **INTRODUCTION :**

Créées en 2016, les CPTS sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients sur un territoire. Les professionnels libéraux, notamment ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, s'interrogent sur l'apport supplémentaire de ces organisations.

Cette étude a pour objectif de décrire les représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en CPTS.

### **MATERIEL ET METHODES :**

Une étude qualitative par entretien semi-dirigé a été menée auprès de professionnels de santé libéraux adhérents à une CPTS. L'analyse des données a été réalisée selon une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée. L'étude a été déclarée à un comité éthique et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

### **RESULTATS :**

Cette étude a mis en évidence un intérêt des professionnels pour les CPTS qui offrent une plus grande liberté et une valorisation de leurs compétences. Les CPTS sont perçues comme un moyen de lutte contre la désertification médicale et comme une force de communication entre les professionnels de santé du terrain et d'autre part les hôpitaux et les tutelles. Les professionnels exprimaient également une peur du jugement de leurs pratiques et de la lourdeur administrative. Les compétences de coordination sont jugées encore balbutiantes dans les CPTS, alors qu'il apparaît qu'une grande partie du financement est dédiée à la coordination. Avec une structuration et des territoires ressentis comme imposés, les professionnels doutent encore de l'efficacité réelle de ces organisations.

## **CONCLUSION :**

La nouvelle génération de professionnels de santé baigne dès sa formation initiale dans l'exercice pluri-professionnel. Les plus enthousiastes pourront ainsi s'impliquer dans le développement des missions des CPTS en bénéficiant eux-mêmes ainsi que leurs patients. Cette étude soulève des questionnements sur l'avenir des CPTS et leur efficacité reste à évaluer dans les prochaines années.

**Mots clés :** CPTS, exercice coordonné, coordination des soins, soins de santé primaire

## **Abstract**

**Title:** Liberal health professionals' representations concerning multidisciplinary exercise in CPTS

**Key words:** CPTS (regional health organisations), MSP (multidisciplinary healthcare centres), coordinated exercise, coordination of care, primary health care

### **Introduction**

Created in 2016, CPTS represent the association of health professionals from first and second appeal, social and medico-social actors, based on a health project for a better organization in medical care services for patients for a region. The liberal health workers, notably those who exercise in MSP, are still questioning the supplementary benefit of these structures.

Therefore, this paper's main goal is to study the liberal health workers' representations of the multidisciplinary exercise in CPTS.

### **Patients and Methods**

A qualitative study by semi directed interviews was led among liberal health workers, participating in a CPTS. The analysis of the results was realized by an approach inspired by the accepted theory. The study was approved by an ethical committee and the CERNI.

### **Results**

This study has put in evidence the interest of the health workers for CPTS, which allows them to have a higher degree of discretion and recognition of their skills. These structures are perceived as a way to fight against the miscommunication and as an empowerment to communicate simultaneously among participants, hospitals and politicians. The goals of the CPTS were well-known by the health workers. What came to light was their fear of being judged for their actions and the administrative burden. The skills of coordination in the CPTS are judged as nascent, meanwhile a big part of the funding seems to be dedicated to coordination. Given the imposed structural hierarchy, the health workers have doubt about the efficiency of such organizations.

### **Discussion**

The new generation of health workers is emerging from their initial formation in the multidisciplinary practice. The adopters of the multidisciplinary practice will further the goals and benefit from the

CPTS methods by providing the best care to their patients. The study raise the questions the efficiency of CPTS which remains to be evaluated in the coming years.