Gestion d'une crise sanitaire en exercice coordonné : l'exemple de la CPTS Centre Hérault dans la crise du covid-19 lors de la première vague

Hugo Perelli

▶ **To cite this version:**

Hugo Perelli. Gestion d'une crise sanitaire en exercice coordonné : l'exemple de la CPTS Centre Hérault dans la crise du covid-19 lors de la première vague. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03652342

HAL Id: dumas-03652342

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03652342

Submitted on 2 May 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.

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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Hugo PERELLI

le 22 Mars 2022

Gestion d'une crise sanitaire en exercice coordonné : l'exemple de la CPTS Centre Hérault dans la crise du covid-19 lors de la première vague.

Directeur de thèse : Docteur Christine ROLLAND

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Docteur Christine ROLLAND

Docteur François CAMMAL

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Hugo PERELLI

le 22 Mars 2022

Gestion d'une crise sanitaire en exercice coordonné : l'exemple de la CPTS Centre Hérault dans la crise du covid-19 lors de la première vague.

Directeur de thèse : Docteur Christine ROLLAND

JURY

Président : Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Docteur Christine ROLLAND

Docteur François CAMMAL

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROCHEFORT Henri
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SAINT AUBERT Bernard
BLARD Jean-Marie	FRAPIER Jean-Marc	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANCHO-GARNIER Hélène
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MARTY ANE Charles	SANY Jacques
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOUSQUET Jean	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SOLASSOL Claude
BRUEL Jean Michel	GUITER Pierre	MION Henri	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	HEDON berbard	MIRO Luis	VIDAL Jacques
	HERTAULT Jean		VISIER Jean Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ DE MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Eméritès

ARTUS Jean-Claude
BASTIEN Patrick
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
COMBE Bernard
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivier
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE GUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emeritès

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie

CAMU William	Neurologie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie

MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie

PU-PH de 2ème classe

BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Maglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno	Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2ème classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BERNEX Florence	Physiologie
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences

LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

MINET Mathilde

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AGUILHON Sylvain
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BELL Ariane
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sop
BRINGUIER BRANCHERE
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD J
COLIN Olivier
CONEJERO Ismael
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÉRE Xav
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gil
DI CASTRI Alberto
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FAURE Elsa
FILLERON Anne
FILLOLS Mélanie
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GROSSIN Delphine
GUYON Gaël
HEDON Christophe
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LABORDE Caroline
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LE MOINE DONY Marie-Christine
LETERTRE Simon
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MICHEL Moïse
MILESI Christophe
MORAU Estelle
MORQUIN David
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SANTONI Fannie
SASSO Milène
SCHULDINER Sophie
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SERRE Jean-Emmanuel
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
SOUKSI MEDIONI Isabelle
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
TUNEZ Virginie
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VIALA Maurice
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
WALTHER LOUVIER Ulrike
ZERKOWSKI Laetitia

REMERCIEMENTS

Au Pr Lambert d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre réactivité.

A Christine Rolland, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse malgré mon départ pour retourner vivre dans le nord... Merci pour ta gentillesse.

A François Cammal qui m'a fait découvrir la CPTS et m'a donné l'opportunité de faire cette thèse. Tu seras toujours le bienvenu dans le nord pour découvrir la gastronomie Ch'ti et surtout...pour se boire des mojitos.

Aux soignants qui ont accepté de participer aux focus group.
Aux maîtres de stage que j'ai eu la chance d'avoir et au temps que vous accordez chaque jour à la formation.

A Elisabeth Courgey pour le temps que tu m'as accordé pour réaliser cette thèse, notamment pour l'organisation des focus group.

A Maylis qui m'a toujours soutenu. Merci de m'avoir empêché de jouer à la playstation quand je devais travailler ma thèse. Et merci à sa famille.

A mes parents, et à vos nombreux « Alors ta thèse ça avance ? ».

A mes frères pour leur admiration secrète pour moi…

A Bernard d'être venu ce jour.

A la clique de Bagnols-sur-Cèze : Mimie, Marine, cléclé, Marion et Alexandre, Justine et Simon alias « el calculator ». Spéciale dédicace à Simon mon sudiste du nord et coloc préféré.
A mes amis de l'internat de Carcassonne.

A la troupe de Calais : Minmin, Tintin, la Jul', Sam, Lucas le BG, Marco, Jack, Tish, Pierre…

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS 20
I. INTRODUCTION 21
A. Vers des soins coordonnés 21
B. Fonctionnement d'une CPTS 25
1. Cadre règlementaire 25
2. Les missions 26
a) Les missions obligatoires 26
b) Les missions complèmentaires et optionnelles 27
3. Le financement 27
C. L'exemple de la CPTS Centre hérault 28
1. Génèse de la CPTS Centre Hérault 28
2. Territoire de la CPTS Centre hérault 29
3. Actions mises en place 31
a) Exemples d'actions mises en place dans chaque mission par Santé Lib et la CPTS Centre Hérault : 31
b) Exemples de projets mis en place par des CPTS existantes : 33
D. Premiers ressentis des CPTS 34
E. Le Covid, véritable crash-test pour les CPTS 35
F. Objectif de l'étude 35
II. MATERIEL ET METHODE 36
A. Caractéristiques de l'étude 36
B. Population étudiée 36
C. Echantillonnage 36
D. Recueil des données 36
1. Déroulement des FG 37
2. Mode d'enregistrement 37
E. Analyse des données 38
III. RESULTATS 39
A. Caractéristiques de l'échantillon 39
1. Genre 39
2. Age 39
3. Mode d'exercice 39
4. Membre de la CPTS 40
5. Communes d'exercice 40
B. Les avantages d'un exercice coordonné 43
1. Rôle de catalyseur 43
a) Dans la coordination 43
b) Dans la communication avec l'ARS 44
c) Dans la prise de décision 44
d) Dans l'information 44
2. Rôle fédérateur 45
a) Pluriprofessionnalité 45
b) Interprofessionnalité 45
3. Meilleure cohésion entre les professionnels de santé 47
a) Amélioration des relations, notamment entre les IDE 47
b) Intégration de tous les modes d'exercice 48
4. Amélioration des conditions de travail 49

a) Mutualisation des moyens matériels 49
b) Mutualisation des connaissances 49
c) Mutualisation des pratiques 50
5. Rôle de soutien 51
a) Psychologique 51
b) Organisationnel, logistique 52
c) Rôle de centralisation 53
C. Les inconvénients d'un exercice coordonné 55
1. Chronophage 55
a) La « Réunionite » 55
b) Investissement personnel supplémentaire 55
c) Hypersollicitation 56
2. Pas de besoin ressenti par les professionnels de santé 56
a) Réseau personnel déjà en place 56
b) Refus de certains professionnels d'adhérer 56
3. Frein administratif 57
a) Difficulté décisionnelle 57
4. Oubli du patient 57
5. Relations interprofessionnelles 57
a) Difficultés pour gérer les personnalités 58
b) Discordance d'opinion 58
c) Différents niveaux d'investissement 59
6. Un épuisement 59
7. Pas d'amélioration du lien ville-hôpital 59
a) Un secteur trop vaste 59
b) Sorties d'hospitalisation 59
8. Pas d'inconvénients 60
a) Monopolisation du temps de travail par la gestion de la crise du Covid : 60
IV. DISCUSSION 63
A. Synthèse des résultats 63
B. Forces de l'étude 63
1. Le choix de la méthode 63
2. Le choix de la population 64
3. Mode de recrutement 64
4. Le mode d'enregistrement 64
C. Limites de l'étude 64
1. La méthode 64
a) La période des FG 64
b) Le choix de la méthode 65
c) Le choix de la population 65
d) Mode de recrutement 65
e) L'interviewer 65
f) Analyse des données 66
D. Discussion des résultats 66
1. Caractéristiques de l'échantillon 66
2. Les avantages 66
a) Rôle de catalyseur 66
b) Pluriprofessionnalité 67
c) Amélioration des conditions de travail et rôle de soutien 67

3. Les inconvénients 67
a) Chronophage 67
b) Difficultés relationnelles 69
c) Pas d'amélioration ville-hôpital 69
E. Perspectives 70
1. Mutualisations inter-CPTS 70
2. Anticipation d'une nouvelle crise sanitaire 71
3. Coordination entre les soins de premier et second recours : le rôle de 48h chrono ... 71
4. La téléconsultation 71
V. CONCLUSION 73
ANNEXES 75
BIBLIOGRAPHIE 84
SERMENT D'HIPPOCRATE 87
RESUME 88

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

CLS : Contrat Local de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

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

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier Médical Partagé

EPI : Equipements de Protection Individuelle

ESP : Equipe de Soins Primaires

ETP : Education thérapeutique

FG : Focus Group

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IDE : Infirmier/Infirmière diplômé(e) d'Etat

IME : Institut médico-Educatif

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

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

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MMG : Maison Médicale de Garde

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

A. Vers des soins coordonnés

Le vieillissement de la population et par conséquent l'augmentation du nombre de patients chroniques, la tension démographique avec l'apparition de déserts médicaux ont progressivement désorganisé notre système de soins initialement centré sur l'hôpital, engendrant ainsi une augmentation considérable de nos dépenses de soins. En effet, selon la DREES, la France consacre à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union Européenne derrière l'Allemagne avec 11,3 % en 2018 (contre 8,9% en 2002). (1)
Au-delà de l'aspect économique, ces nouveaux enjeux ont des conséquences sur le patient, au parcours médical devenu complexe avec des patients parfois polypathologiques, dépendants et/ou isolés, mais aussi sur le MG qui a vu son temps pour soigner se réduire avec parfois l'impossibilité pour lui d'accepter de nouveaux patients.
Le nombre de consultations aux urgences a doublé en 20 ans (10,1 millions en 1996 contre 20,9 millions en 2016 selon la DRESS) (2), illustrant le manque de recours aux soins primaires par les patients.

Notre système de santé a donc été dans l'obligation de se transformer afin de répondre à ces nouveaux enjeux médico-économiques.

En Janvier 2004, le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie estimait qu'un changement radical de notre système de soins devait être opéré tout en respectant le principe de solidarité et d'universalité de celui-ci. Ce rapport proposait trois lignes directrices pour réduire les dépenses de santé dont l'une d'entre elles était de mieux articuler, au service du patient, le travail des différents acteurs de la santé. *« Cette complexité croissante des soins augmente le nombre d'intervenants autour d'un même malade, et rendent difficiles l'accès et le cheminement du patient. Pourtant, c'est souvent à ce patient qu'il revient de coordonner la succession de ceux auxquels il fait appel. »* (3)

Le Haut Conseil estimait ainsi que « *tout doit être fait pour casser les différentes césures qui existent entre les prises en charge successives dont un même patient peut faire l'objet*. » (3)

Faisant suite à la loi HPST de 2009, la loi santé, ou loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 Janvier 2016, recentre notre système de santé sur les soins de proximité (ou soins primaires) et engage « le virage ambulatoire », c'est-à-dire traiter en exercice ambulatoire des situations actuellement prises en charge en milieu hospitalier. (4)

Cette loi est principalement axée sur la prévention et sur la garantie de l'accès aux soins. Pour répondre à ces objectifs, elle prévoit la mise en place des Equipes de Soins Primaires et la constitution des CPTS. (5) (6)

Les ESP sont un mode d'organisation coordonnée des professionnels de santé. Elles se situent à l'échelle de la patientèle. Elles regroupent plusieurs professionnels de santé assurant des soins de premier recours, dont au moins un médecin généraliste. Leur objectif principal est d'améliorer le parcours de santé de leurs patients.

Selon le ministère de la Santé et des Solidarités, « Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile."
Il faut donc distinguer la coordination clinique c'est-à-dire de proximité, à l'échelle de la patientèle, qui est centrée sur le patient et dont les vecteurs sont les MSP, ESP ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles ; de la coordination à l'échelle d'un territoire dont les vecteurs sont les CPTS pilotées par les professionnels de santé. (7) (8)

L'Objectif des CPTS est d'offrir des soins adaptés aux besoins de la population de leur territoire c'est-à-dire améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions :

- Organisation de réponses aux besoins de soins notamment pour les soins non programmés
- Meilleure articulation entre les différents acteurs de santé entre le premier et le second recours par exemple, gestion de l'articulation ville et hôpital au moment de l'entrée et la sortie d'hospitalisation

- Maintien à domicile des personnes en situations complexes et des personnes âgées
- Développement des activités de prévention et de dépistage.
- Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

	ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES	COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES territoriales de santé
Références réglementaires	L.1411-11-1	L.1434-12
Composition	Professionnels de ville (1er et 2e recours) dont, *a minima*, un médecin généraliste	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médico-social)
Forme juridique	Maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ou toute autre forme d'organisation	Toute forme d'organisation
Territoire	Correspond à celui de la patientèle des professionnels visée par le projet de l'équipe	Correspond à celui de la population visée par le projet de la communauté
Objet	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire	
Projet de santé	Obligatoire Fixe les modalités de coordination et les actions projetées Pour les maisons et centres, leur projet de santé vaut projet pour leurs membres	Obligatoire Fixe le territoire, les modalités de coordination et les actions projetées par la communauté
Contractualisation	Contrat territorial de santé entre l'ESP ou la CPTS et l'ARS et toute autre partie prenante Fixe les engagements réciproques des acteurs	

Source du tableau : Instruction DGOS du 2 décembre 2016

La France s'inscrit progressivement dans la tendance internationale d'une pratique plus collective des professions de ville. (4) Par exemple, en Allemagne, la loi Schroeder de 2003 a créé les MVZ : les Medizinische Versorgungszentren. Les MVZ, issus des anciennes « Polikliniks » de l'ex-Allemagne de l'Est, sont des centres de soins ambulatoires pluridisciplinaires composés d'au moins deux médecins de spécialités différentes. Ce sont des structures privées formalisées par un programme de coordination entre les acteurs de soins. Les praticiens sont salariés ou libéraux. (9) Leur fonctionnement est comparable à nos MSP, créées 6 ans plus tard avec la loi HPST.

En 2018, l'OMS a actualisé le message de la déclaration d'Alma Ata de 1978 qui promouvait déjà les soins de santé primaires pour « permettre l'accès de tous à un niveau de santé acceptable » :

« Nous sommes convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires

sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé. » (10)

La médecine générale est définie au plan européen (Wonca 2002 et 2011) comme la spécialité médicale des soins de santé primaires.

En Mars 2019, le collège de médecine générale a publié un manifeste pour un système de santé organisé hiérarchisé selon trois niveaux de recours aux soins : (11)

- Un secteur de 1 ère ligne formé par les ESP autour des MG s'exerçant au sein des cabinets médicaux, des MSP et des établissements de santé communautaires de proximité. Ce secteur est coordonné sur les territoires par les CPTS.
- Un secteur de 2 ème ligne, exercé par les spécialistes de second recours sollicités pour leur expertise spécifique et technique, mis en œuvre dans le secteur ambulatoire ou hospitalier et coordonné avec les ESP au sein des CPTS.
- Un secteur de 3 ème ligne s'exerçant dans les centres hospitaliers généraux, cliniques privées et CHU, regroupant les plateaux techniques et coordonné sous l'égide des GHT.

Face à un système de santé inadapté aux enjeux de notre temps et en réponse à des soignants qui semblent à bout de souffle, « Ma santé 2022 » lancée en 2018 par Emmanuel Macron a pour but une meilleure organisation des professionnels de santé notamment pour (12) (13):

- Replacer le patient au centre des soins par la mise en place de parcours de soins et du DMP.
- Améliorer les soins de proximité grâce au déploiement des CPTS (avec un objectif de 1000 CPTS en 2022) et la libération de temps médical pour les médecins grâce à la création de 4000 postes d'assistants médicaux.
- Lutter contre les déserts médicaux
- Mise en place dès 2020 des « hôpitaux de proximité » (avec un objectif de 500 à 600 d'ici 2022) qui assureront des missions de soins de proximité (médecine polyvalente, gériatrie, soins de suite et de réadaptation, consultations non programmées).

Objectif 1000 CPTS en 2022 : qu'en est-il ?

Selon la Fédération Nationale des CPTS, à la date du 02/07/2021 (dernière mise à jour connue), 688 CPTS sont comptées sur le territoire national, à un stade d'avancement différent : 279 sont

en phase de pré-projet, 210 CPTS ont validé la lettre d'intention et construisent leur projet de santé, 34 CPTS sont en négociation de l'ACI (projet de santé validé). Le nombre de contrats ACI-CPTS signés est de 165.

La modernisation de notre système de santé s'est ensuite poursuivie avec les accords du Segur de la santé signés en Juillet 2020.

Le Centre-Hérault est un territoire qui constitue un bon exemple de beaucoup de problématiques de santé de bien d'autres territoires en France bien qu'il possède un réseau local de professionnels de santé déjà fédérés et travaillant de façon collégiale et coordonnée via l'association Santé Lib 34 avec un riche secteur social et médico-social.
Par exemple, la croissance démographique y est continue depuis 1962. En effet, selon la lettre de l'Observatoire territorial de Janvier 2020, sa population a augmenté de 17% entre 2008 et 2017. La patientèle moyenne des MG du territoire est d'ailleurs plus élevée que la moyenne départementale, régionale et nationale. Il y a 111 MG sur le territoire dont un tiers a plus de 60 ans.
De plus, le diagnostic territorial de 2017-2018 (14) a montré une inégalité d'accès aux soins dans ce territoire avec une désertification médicale dans certains territoires. On note une surcharge d'activité chez les professionnels de santé notamment les spécialistes et certains cabinets infirmiers, augmentant le délai pour obtenir une consultation ou des soins.
On note également un certain isolement social et des difficultés de mobilité pour des patients habitant parfois dans des zones géographiques éloignées. Selon Rezone CPTS, en 2014, 2544 personnes de plus de 75 ans vivaient seules et à domicile sur le territoire Cœur d'Hérault.

B. Fonctionnement d'une CPTS

1. Cadre règlementaire

Tout d'abord, il faut définir le territoire de la CPTS. Un diagnostic territorial de santé permettra de faire émerger les besoins de santé du territoire. Ce diagnostic permettra de définir des

objectifs qu'il faudra prioriser en fonction des besoins. Ensuite, il faut mobiliser les professionnels de santé afin d'élaborer un projet de santé qui doit être validé par l'ARS. (15)
Une fois le projet de santé validé par l'ARS, la CPTS souscrit à un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie pour une durée de 5 ans afin de bénéficier de l'accompagnement et du financement définis par l'ACI. L'ACI définit 3 missions socles (obligatoires) et 2 missions complémentaires (optionnelles). (8)
Une CPTS doit être portée par une forme juridique (majoritairement type association loi 1901). L'association est composée des membres fondateurs et des adhérents qui payent une cotisation annuelle. Les membres de l'association sont répartis sous la forme de collèges (professionnels de santé, ESP, structures du secteur médico social et représentants des habitants). Une fois créée, les membres de l'association proposent des groupes de travail sur des thématiques. Par exemple, 20 thématiques ont été retenues par Santé Lib pour la future CPTS.
L'association est administrée par un conseil d'administration (CA) qui représente chaque collège de ses membres.
Le CA élit un bureau qui comprend : un(e) président(e), un(e) vice-président(e), un(e) secrétaire et un(e) trésorier(e).

2. Les missions

Comme dit précédemment, ce contrat définit 3 missions obligatoires et 2 missions complémentaires : (8)

a) Les missions obligatoires

1) Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès au soins :

- Faciliter l'accès à un médecin traitant : par exemple en repérant avec l'Assurance maladie les patients en situation de fragilité (ALD, patients âgés, AME)
- Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville : création de protocoles, ouverture de plages de soins non programmés, mise en place d'un agenda électronique.
- Développer le recours à la télésanté (télémédecine et télésoin)

2) Les missions en faveur de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient : assurer une fluidité du parcours du patient dans des situations complexes.

3) Les missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention : définition d'actions au regard des besoins du territoire (recommandations en cas de vague de chaleur, promotion de la vaccination anti-grippale, prévention des violences intra-familiales...)

b) Les missions complèmentaires et optionnelles

1) Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins : organisation d'échanges pluridisciplinaires sur un cas complexe (plaie chronique, prise en charge de la personne âgée,...)
2) Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire : promotion de l'organisation des soins pour attirer des jeunes médecins.

Ces missions seront à remplir selon un calendrier prédéfinit.

3. Le financement

Il existe 2 types de financement : (Annexe 1)

- Financement du fonctionnement de la CPTS
- Financement des missions : financement fixe + financement supplémentaire .

Ces financements sont notamment adaptés à la taille de la CPTS :

Taille	*Nombre d'habitants*
Taille 1	< 40 000 habitants
Taille 2	Entre 40 et 80 000 habitants
Taille 3	**Entre 80 et 175 000 habitants**
Taille 4	>175 0000 habitants

A titre d'exemple, la CPTS est de taille 3 et recevra donc un financement de 75 000 euros pour le fonctionnement.

C. L'exemple de la CPTS Centre hérault

1. Génèse de la CPTS Centre Hérault

2003 : démarche de projet local de santé par le Pays cœur d'Hérault

2009 : diagnostic local de santé réalisé par la Commission Santé du Pays Cœur d'Hérault utilisé comme base à l'élaboration du premier CLS 2013-2018 avec 4 projets majeurs: (16)

- L'accès aux soins, à la promotion, à la prévention de la santé et aux droits, concrétisé par la Pause Santé Jeunes, porté par la Mission Locale Jeunes, et ouvert depuis janvier 2011 à l'ensemble des 16-25 ans du Pays Cœur d'Hérault.

- L'accès à la Permanence des Soins (PDS) : création de l'association PELMECH avec la création de la MMG du cœur d'Herault sur le centre hospitalier de Clermont l'Hérault en Juin 2011

- L'accès aux soins médico-sociaux, au travers d'un projet de pôle pédopsychiatrique, porté par le CHU de Montpellier et constitué par trois structures complémentaires : un CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents), un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) et un CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique).

- L'Aide Médicale Urgente : création de l'AMCS34 (Association Médecins Correspondants Samu 34) avec l'UMUPS (Unité Mobile d'Urgence et de Permanence des soins) avec médecin de garde disponible 24h/24 en 2013.

Octobre 2015 : création de l'association Santé Lib 34 cœur d'Hérault : association à but non lucratif pour tous les libéraux du Pays Cœur d'Hérault. Elle a pour objectif de favoriser la communication, les échanges entre les différents professionnels de santé pour améliorer le parcours des patients et la coordination des soins. Elle est constituée d'un CA de 30 membres.

2016 : création de la MSP de Lodève pour le territoire de Lodève et du Larzac.
Mise en place de la MAIA en pays Cœur d'Hérault
Projet de MSP à Fontès par le collectif Santé de Fontès (4 communes : Fontès, Cabrières, Nizas, Adissan).

2017-2018 : rédaction du diagnostic local de santé du Pays Cœur d'Hérault

Décembre 2018 : lettre d'intention à l'ARS pour le projet de CPTS Centre Hérault

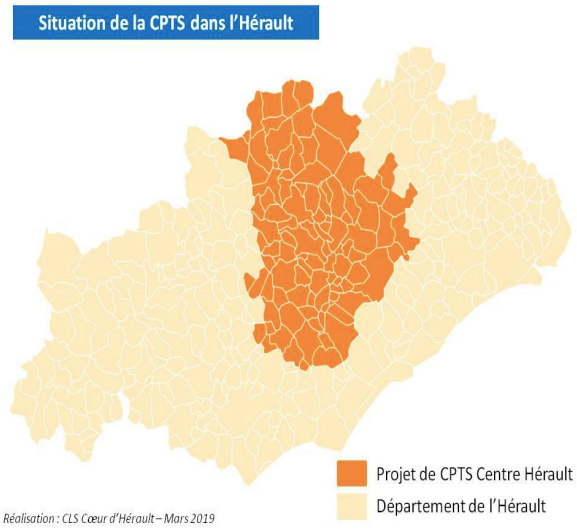
Juin 2020 : rapport Rezone CPTS (outil d'aide à la constitution d'un diagnostic territorial)

16 Juillet 2020 : l'association Santé Lib 34- cœur d'Hérault devient Santé Lib- CPTS Centre Hérault qui portera l'action de la CPTS Centre Hérault.

2. Territoire de la CPTS Centre Hérault

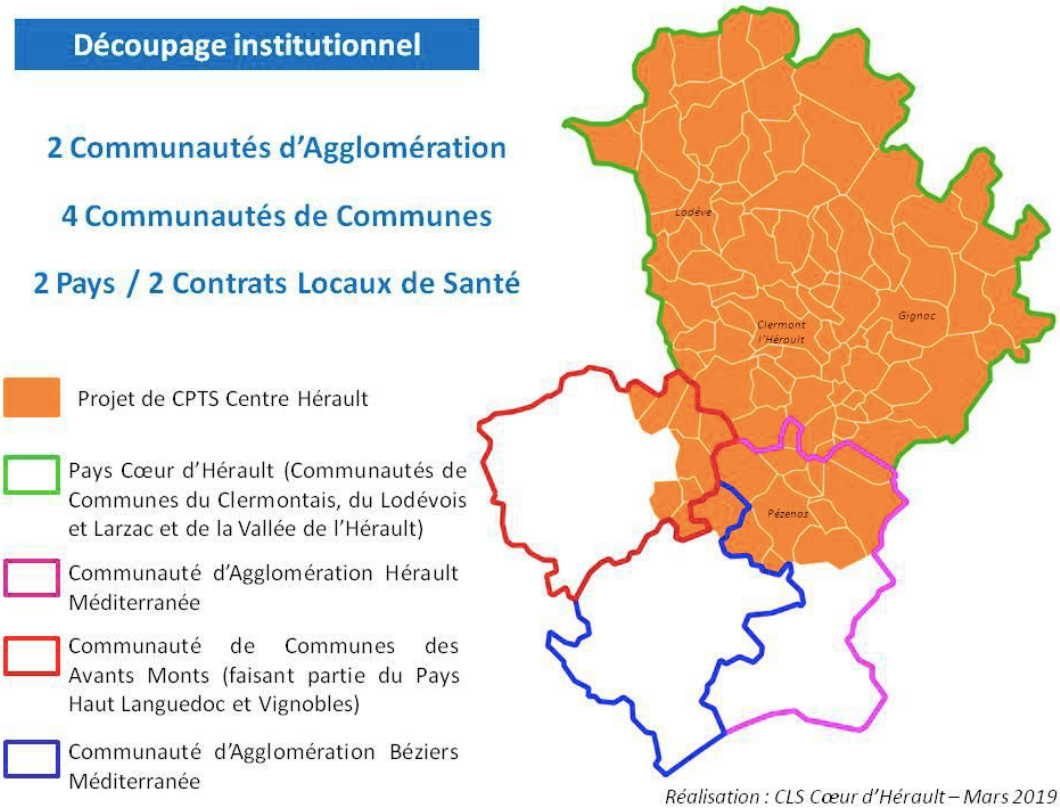
Elle couvre le périmètre géographique de la MMG et la MAIA Coeur d'Hérault, les trois centres hospitaliers locaux de Clermont, Lodève et Pézenas, les autres établissements de soins : clinique du Souffle, clinique Pasteur, clinique gérontopsychiatrique de St Antoine, les IME et MAS de Clermont et St André. Il y a trois cabinets de radiologie sur Clermont, Gignac et Pézenas dont deux scanners sur Lodève et Pézenas.

La CPTS cœur d'Hérault regroupe 93 communes pour un total de 111 864 habitants selon Rezone CPTS (Données INSEE 2021 – Recensement 2018).



Elle peut être définie selon un découpage institutionnel : (17)

- 2 communautés d'agglomération : Hérault méditerranée et Béziers méditerrannée
- 4 communautés de communes : Pays Cœur d'Herault (Communautés de communes du Clermontais, du Lodévois et Larzac et de la Vallée de l'Hérault) et la Communauté de Communes des Avants Monts



A noter qu'il existe cinq MSP sur le territoire de la CPTS.

3. Actions mises en place

a) Exemples d'actions mises en place dans chaque mission par Santé Lib et la CPTS Centre Hérault :

Accès aux soins	- Organisation d'accès spécifiques dans des MSP et cabinets médicaux (en début d'épidémie). - Mise en œuvre de solution de télémédecine - Tournées Covid IDE à domicile par secteur. - Collaborations inédites avec les laboratoires de biologie médicale et entre les IDE et les laboratoires de biologie médicale (plannings partagés, suivi d'activité)
Parcours de soins	- Association SOS bronchiolite créée en 2004 - DSPP (Dispositif de Soins Partagés Pédopsychiatriques). - Caisson Abdominal (Prise en charge interprofessionnelle pour les troubles fonctionnels digestifs). - Réunions de dermatologie pour aborder les pièges diagnostiques, les plaies et les ulcères en ambulatoire. - Participation au collectif anti douleur (douleurs chroniques) - PASS territorial en lien avec le CHU pour l'accès aux droits. - Pilotage de la MAIA Cœur d'Hérault et de la PTA* Est Hérault Montpellier - 48h chrono (Février 2021)
Prévention	- ETP en lien avec infirmières ASALEE (diabète) - Participation au réseau infectio-ambulatoire GRIVE (contre l'antibio-résistance et le bon usage des antibiotiques). - Plateforme e-nutrition Cœur d'hérault
Qualité et pertinence des soins	- Mise en place d'une antenne de récupération et de redistribution de matériel de protection supplémentaire (

	aux dotations de l'Etat) qui assure une permanence (à Clermont l'Herault) et des livraisons sur tout le territoire de la CPTS. Prise en charge pendant 2 mois de la distribution des masques de certaines pharmacies. - Soutien administratif, organisationnel et logistique aux Centres Covid et de prélèvements mis en place à l'initiative des professionnels sur leur secteur. Actualisation d'une cartographie avec la chargée de missions de la CLS. - Participation à la régulation territoriale avec le Centre 15
Accompagnement des professionnels de santé	- Création de groupes whats'app à thèmes, mise à disposition de ressources classées via un espace partagé (Dropbox), newsletters spécifiques, visioconférences, mise à disposition de documents pour la prise en charge des patients par l'Union PTA 34 (Mars 2020) - Création de Covidalert pour les professionnels du territoire Ouest-Hérault (Juillet 2020). - Attraction de nouveaux médecins (MSU qui accueillent des internes et externes). - Mise en place d'un site internet pour l'information de la population https://www.cpts-centre-herault.fr/, informations envoyées aux journaux locaux - Mise en place d'un annuaire covid (Novembre 2020) - Mise en place d'un dispositif de suivi du nombre de cas Covid sur le territoire.

* Les PTA sont des dispositifs d'appui aux professionnels de santé constitués par l'ARS pour la coordination des parcours de santé complexes. Elles ont 3 missions principales :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources du territoire
- L'appui à l'organisation des parcours complexes
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours d'accès aux soins et de coordination.

La plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

b) Exemples de projets mis en place par des CPTS existantes :

Au niveau de la mise en relation et du soutien des professionnels de santé :
La CPTS de Haute Tarentaise a organisé à l'initiative d'une orthophoniste la récolte de matériel de protection hors dotation d'Etat auprès des collectivités, offices de tourisme, entreprises, établissements scolaires, fabrication locale. 2336 masques FFP2 (dont 2000 pour l'hôpital), 2786 masques chirurgicaux, 96 visières, 2000 gants, 101 blouses tissu, 61 tenues de protection ont été distribués auprès de personnels soignants.

Les CPTS de Metz et Sud Valence ont établi une astreinte téléphonique de psychologues pour prise en charge des conséquences psychologiques liées à la pandémie, à la disposition du public et des professionnels de santé.

Au niveau de l'accès aux soins :
La CPTS du Vexin Francilien a organisé un centre COVID dans la MSP de Magny en établissant au sein des locaux un circuit de prise en charge spécifique, avec le concours d'infirmières vacataires pour les prélèvements. 326 patients ont été suivis avec une durée moyenne de suivi de 20,6 jours. 645 consultations présentielles, 791 téléconsultations et 4 visites à domicile et 211 tests PCR ont été réalisés (20% de positivité). 7 patients ont été hospitalisés.

Au niveau de la coordination :
La CPTS du Boischaut nord a créé pendant la période de gestion de l'épidémie une INTER-CPTS départementale pour mutualiser les moyens et renforcer ses actions ainsi que la communication avec les institutionnels.

Sur le territoire de la CPTS du Sud-toulois, le CLS a organisé une réunion hebdomadaire entre l'ARS, le CLS, les élus, la CPTS, le centre hospitalier et divers partenaires de santé.

Au niveau de la communication :

La CPTS Paris 18ème a organisé 5 webinaires (une centaine de participants pour chacun : professionnels de santé libéraux en majorité mais aussi partenaires médico-sociaux, hospitaliers, représentants de la CPAM et de l'ARS), et des groupes Whats'App (un groupe général CPTS et des groupes selon la fonction). Les professionnels de santé pouvaient s'inscrire à un logiciel de newsletters (9 envoyées en 2 mois) et à un logiciel de visioconférence.

D. Premiers ressentis des CPTS

Un questionnaire rempli par les membres de 34 CPTS à travers toute la France durant la crise covid en 2020 a permis d'élaborer une première synthèse du ressenti des professionnels de santé. (18)

D'après les réponses obtenues, on note une amélioration des relations entre les différents professionnels de santé, un meilleur soutien aussi bien au niveau logistique (EPI), humain (cellules de soutien psychologique) et pratique (informations données sur une prise en charge des patients covid, diffusion de recommandations de bonnes pratiques).
Les CPTS soulignent aussi la fluidité avec laquelle des actions sont mises en place telles que la création d'un centre covid.
Ce qui ressort également de ce questionnaire est la coordination entre les différents acteurs aussi bien au niveau territorial (élus locaux, médico-social) que supra territorial (communication inter-CPTS, PTA par exemple). (19) (Annexe 2)
Un autre avantage est une communication accrue avec le grand public mais aussi entre les professionnels de santé permettant une prise en charge pluriprofessionnelle.

A contrario, certains freins émanent de ce questionnaire. En effet, les participants ont évoqué le manque de moyens pour lutter contre l'épidémie, notamment le manque de financement des professionnels investis dans les centres covid mais aussi le manque de reconnaissance financière du temps de coordination nécessaire à la gestion de ces centres.
On note aussi l'hétérogénéité de l'appréciation des relations avec les structures administratives avec des ARS plus ou moins facilitantes et aidantes, entraînant des difficultés dans le déroulement des soins.

La multiplicité des interlocuteurs a été aussi un frein à la mise en place d'actions. En effet, les CPTS s'étalent parfois sur plusieurs départements dans lesquels le fonctionnement des différentes instances diffère selon les départements.

E. Le Covid, véritable crash-test pour les CPTS

La crise Covid a provoqué une véritable désorganisation de notre système de santé, déjà en difficulté et en pleine réorganisation. Elle a montré les failles de notre système de santé à travers le manque de moyens matériels et de préparation à une crise sanitaire.
Elle peut être considérée comme un véritable test pour les CPTS à montrer leur capacité à s'adapter à un virus jusque là méconnu et à prouver qu'un exercice coordonné à l'échelle d'un territoire peut améliorer la gestion d'une crise. L'analyse du vécu et du ressenti des professionnels du territoire de la CPTS centre Hérault permettra de mieux comprendre les avantages et les inconvénients, les freins d'un exercice coordonné de la médecine.

F. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les bénéfices de l'exercice en soins coordonnés au sein de la CPTS Centre Hérault en prenant l'exemple de la crise sanitaire du covid 19. Cette analyse se fera à travers le vécu des professionnels de santé du territoire de la CPTS.
L'objectif secondaire de cette étude est d'évaluer au contraire les inconvénients d'une gestion en soins coordonnés.

En tant que médecin remplaçant en début d'exercice, j'ai souvent été confronté à des difficultés pour adresser un patient. Je trouve même qu'il est souvent plus difficile d'orienter un patient que de faire son diagnostic. C'est pourquoi, en effectuant une partie de mon SASPAS au sein d'une CPTS, j'ai pu prendre conscience de l'importance d'une médecine coordonnée et pluriprofessionnelle.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Caractéristiques de l'étude

L'étude réalisée est une étude qualitative avec analyse d'entretiens réalisés sous la forme de focus group.
L'analyse en focus group a notamment été préférée à l'analyse en entretiens individuels pour permettre d'interroger un plus grand nombre de professionnels de santé afin de respecter le caractère pluriprofessionnel de cette étude.

B. Population étudiée

La population étudiée était les médecins généralistes et les infirmières/infirmiers du territoire de la CPTS Centre Hérault, qu'ils soient adhérents ou non à la CPTS. Devant la difficulté à réunir plusieurs participants à une même date dans un lieu donné dans ce contexte de crise sanitaire, les pharmaciens ont été inclus à partir du deuxième FG dans la population étudiée.

C. Echantillonnage

La population cible a été contactée par courriel et par Whats'App soit individuellement soit via les groupes créés par la CPTS avec l'aide de la coordinatrice de la CPTS et de plusieurs médecins MSU. (Réseau personnel, affiches postées à l'entrée du centre de vaccination de Gignac, intégration à la newsletter).

D. Recueil des données

1. Déroulement des FG

Nous avons réalisé trois focus group. Le premier a eu lieu le 08/02/2021 et a réuni 8 participants (6 MG et 2 IDE). Le second a eu lieu le 08/06/2021 à l'issu d'une vacation de vaccination au centre de vaccination de Gignac et a réuni 9 participants (2 MG, 5 IDE et 2 pharmaciens). Le troisième et dernier FG a eu lieu le 10/06/2021, lui aussi à l'issu d'une vacation de vaccination, et a réuni 6 participants (2 MG et 4 IDE).
Les FG ont respectivement une durée de 1h24min, 49 min et 1h07min.

Au début de la séance, un questionnaire quantitatif (annexe 3) pour établir les caractéristiques de l'échantillon était distribué aux participants. Il permettait aussi de récolter le consentement écrit des participants.
Ensuite, le FG se déroulait selon le guide d'entretien (annexe 4) préalablement préparé. Il débutait par une courte introduction présentant le déroulement et le but de la séance. Ensuite, un tour de table était réalisé. Le guide d'entretien a été modifié après le premier FG pour préciser le contexte de la première question, notamment que la CPTS est née de l'association Santé Lib qui agissait comme une CPTS.
Un modérateur et un observateur ont permis l'animation des FG. (20) Le modérateur suivait le guide d'entretien, posait les questions de relance si nécessaire, prenait des notes et adaptait la position du dictaphone si besoin.
L'observateur filmait la séance pour pouvoir prendre en compte le langage corporel et pouvait relancer la discussion (par exemple en interrogeant directement quelqu'un qui parlait peu).

2. Mode d'enregistrement

Pour les trois FG, un double enregistrement a été effectué. D'une part, à l'aide d'un dictaphone doté d'un microphone multidirectionnel placé au milieu de la table et parfois rapproché manuellement de la zone de discussion par le modérateur et, d'autre part, à l'aide d'un dictaphone issu d'un téléphone portable en « back up ».
Les propos recueillis ont été anonymisés (en attribuant à chaque participant la lettre P suivie d'un nombre allant de 1 à 23) et les enregistrements ont été détruits après leur retranscription.
Les données sont arrivées à saturation au bout du deuxième FG. Un troisième FG a été réalisé par précaution.

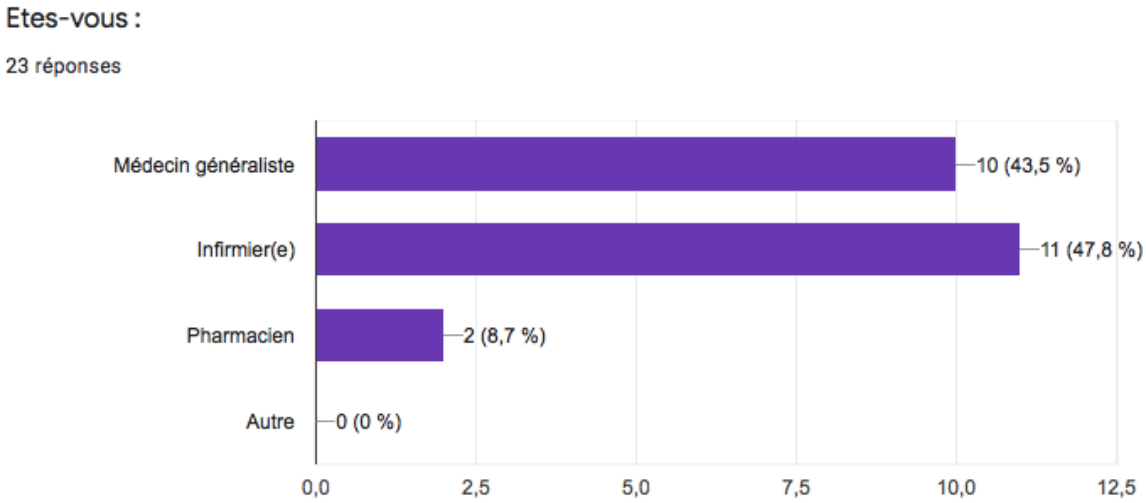
E. Analyse des données

Les trois FG ont été retranscrits verbatim le jour même pour le FG du midi et le lendemain matin pour les deux FG organisés le soir.
Plusieurs lectures des retranscriptions ont fait naître différentes catégories elles-mêmes secondairement divisées en thèmes puis sous-thèmes.(21) Ce découpage a été réalisé grâce au logiciel Word en surlignant les parties de texte correspondant à chaque thème.
Des arbres thématiques ont été créés par la suite grâce au logiciel Xmind.

III. RESULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 10 MG, 11 IDE et 2 pharmaciens ont été interrogés soit 23 professionnels de santé.



Selon Rezone CPTS, il y a 111 MG et 271 infirmiers libéraux sur le territoire de la CPTS.

Autrement dit, 9 % des MG et 4 % des IDE du territoire de la CPTS ont été interrogés.

1. Genre

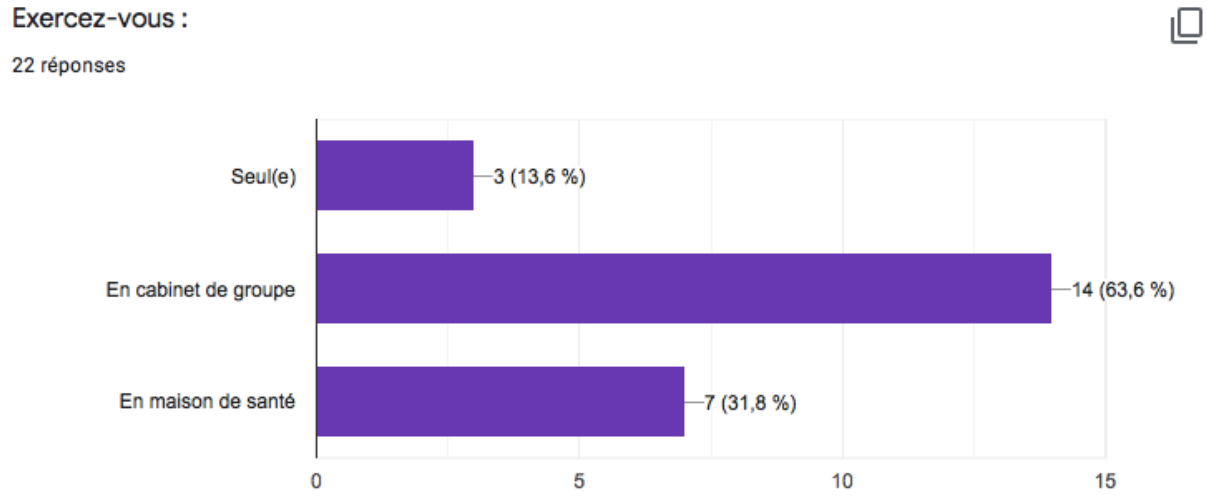
La majorité des participants sont des femmes. (78,3 %)

2. Age

La plupart ont entre 40 et 60 ans.

3. Mode d'exercice

La majorité exerce en groupe soit dans un cabinet de groupe (63,6 %) soit dans une MSP (31,8 %)



NB : un participant n'a pas répondu à cette question et 2 participants ont coché plusieurs réponses.

4. Membre de la CPTS

22 participants (95,7 %) sont adhérents à la CPTS c'est-à-dire qu'ils sont à jour de leur cotisation. Seul un participant interrogé n'est pas adhérent.

5. Communes d'exercice

Au total, les participants interrogés exercent sur 15 communes différentes. Pour mémoire, la CPTS regroupe 93 communes.

Focus group n°1 :

Participants	Genre	Age (ans)	Mode d'exercice	Durée d'installation (ans)	Membre de la CPTS	Fonction
P1	F	>60	Cabinet de groupe +MSP	>30	Non	IDE

P2	M	Entre 40 et 50	Cabinet de groupe	Entre 10 et 20	Oui	MG
P3	F	Entre 40 et 50	MSP	Entre 10 et 20	Oui	MG
P4	M	Entre 40 et 50	Cabinet de groupe	Entre 10 et 20	Oui	IDE
P5	F	Entre 40 et 50	MSP	Entre 10 et 20	Oui	MG
P6	F	Entre 50 et 60	MSP	Entre 20 et 30	Oui	MG
P7	M	Entre 40 et 50	MSP	Entre 10 et 20	Oui	MG
P8	M	Entre 50 et 60	MSP	Entre 20 et 30	Oui	MG

Focus group n°2 :

Participants	Genre	Age (ans)	Mode d'exercice	Durée d'installation (ans)	Membre de la CPTS	Fonction
P9	F	Entre 40 et 50	Cabinet de groupe	Entre 10 et 20	Oui	IDE
P10	F	Entre 50 et 60	Cabinet de groupe	< 10 ans	Oui	IDE
P11	F	Entre 50 et 60	Clinique privée	Entre 10 et 20	Oui	Pharmacien
P12	F	< 40	Seul	< 10	Oui	IDE
P13	F	Entre 50 et 60	Cabinet de groupe	Entre 10 et 20 ans	Oui	IDE
P14	M	Entre 50 et 60	Cabinet de groupe	Entre 20 et 30	Oui	Pharmacien

P15	F	Entre 50 et 60 ans	Cabinet de groupe	Entre 20 et 30	Oui	IDE
P16	F	Entre 50 et 60	Seul + Cabinet de groupe	Entre 10 et 20	Oui	MG
P17	F	Entre 40 et 50	MSP	Entre 10 et 20	Oui	MG

Focus group n°3 :

Participants	Genre	Age (ans)	Mode d'exercice	Durée d'installation	Membre CPTS	Fonction
P18	F	Entre 40 et 50	Cabinet de groupe	Pas de réponse	Oui	IDE
P19	F	Entre 50 et 60	Cabinet de groupe	>30	Oui	IDE
P20	F	Entre 50 et 60	Cabinet de groupe	>30	Oui	IDE
P21	F	Entre 40 et 50	Cabinet de groupe	Entre 10 et 20	Oui	IDE
P22	F	Entre 50 et 60	Seul	Entre 10 et 20 ans	Oui	MG
P23	F	Entre 40 et 50	Cabinet de groupe	Entre 10 et 20	Oui	MG

Tous les participants ont donné leur consentement pour l'enregistrement, l'analyse et la publication des données.

B. Les avantages d'un exercice coordonné

1. Rôle de catalyseur

a) Dans la coordination

Plusieurs professionnels de santé ont évoqué le rôle de catalyseur joué par la CPTS, c'est-à-dire cette capacité à accélérer un processus, facilitant ainsi la coordination. (tests PCR,..)

P2 : « Et en fait la CPTS c'est le fait de pouvoir horizontaliser tout de suite ce qui se fait en temps réel de manière un peu transparente et bah ça ça permettait de plus vite se coordonner avant que chacun monte un truc dans son coin et que du coup il soit pas content que l'autre monte son truc. »

P2 : « C'est que, en fait, il y avait toutes les compétences. C'est-à-dire que sur un territoire il y avait de quoi faire les PCR, il y avait de quoi les prélever, enfin des infirmiers pour les prélever, des locaux et une surveillance médicale. Tout ça ça y était. Et il y avait incapacité de s'organiser par rapport à ça. Et si on avait laissé faire, bah on aurait attendu encore un petit moment.

A : Et ça c'est quelque chose que, hors CPTS, vous n'auriez pas pu organiser ?

P8 : Peut être mais …

A : Pas aussi rapidement ?

P2 : La CPTS a été un catalyseur de ça. »

P4 : « Là il y a eu besoin de Babeth pour faire le lien avec tout le monde et c'est vrai que ça a été très vite comme ça et en même pas une semaine le centre à X a été ouvert.

P6 : Ca a accéléré et facilité la communication. Les échanges ont été très très rapides. »

Cette accélération s'est notamment vu avec la rapidité de création des centres covid.

P8 : « Finalement, la CPTS, on découvre qu'un des objectifs de la CPTS aussi c'est de pouvoir compenser en tout lieux du territoire là où il peut y avoir défaillance ou besoin d être appuyé ou d'être soutenu. C'est ce qu'il s'est passé dès le départ avec X puisqu'à X rien n'avait été établi

sur X et, via la CPTS, on a pu activer administrativement la mise en place du centre Covid etc avec les financements qui vont avec. Donc ça ça a eu l'effet compensateur, on va dire accélérateur, dans le processus. »

P6 : « Ca a permis très rapidement, en l'espace d'une semaine, de coordonner le truc et de monter ...chacun y a mis du temps...des locaux ou du matériel et ça ça a été coordonné par la CPTS. »

b) Dans la communication avec l'ARS

Les participants ont fait part de la diminution des contraintes administratives grâce à une meilleure fluidité des relations via la CPTS.

P8 : « Donc je pense que pour eux (L'ARS) c'est vraiment beaucoup plus facile s'ils se retrouvent face à des interlocuteurs identifiés, de grands bassins de vie. Je pense que c'était beaucoup plus facile. »

P8 : « Mais je pense qu'effectivement l'ARS est rassurée quand il y a eu des structures telles que des CPTS qui cautionnent et du coup l'ARS était quand même relativement facilitante. »

c) Dans la prise de décision

On retrouve aussi, à plusieurs reprises, cette notion de rapidité dans la prise de décision dans ce contexte de l'inconnu créé par la crise covid.

P8 : « On va dire quelque part que la CPTS ça peut se substituer aux pouvoirs publics dans ce cas là. Parce que c'est vrai qu'on était dans le vide le plus total.

P7 : Du moins t'es plus réactif dans un premier temps…

P8 : pour apporter des solutions

P7 : Oui, apporter des solutions beaucoup plus rapidement. »

d) Dans l'information

La CPTS apporte des réponses rapidement aux professionnels de santé.

P3 : « En fait j ai eu le sentiment que c'était … qu'il y a eu une dynamique extrêmement positive autour de moi, de ma petite expérience locale, à partir du début de la crise et que finalement dès qu'une difficulté se présentait c'était plus un questionnement mais il y avait rapidement des réponses derrière. Je ne me suis jamais sentie débordée ou angoissée. »

2. Rôle fédérateur

a) Pluriprofessionnalité

On retrouve à plusieurs reprises cette notion de pluriprofessionalité où on a une entraide des professionnels de santé. Ce n'est pas chacun son patient mais plusieurs professionnels de santé qui vont se relayer pour prendre en charge le patient.
P9 : « Il n'y a pas eu de vectorisation entre patients donc du coup entre nous et ça veut dire que toutes les équipes pluridisciplinaires qui intervenaient bah on travaillait dans le bon sens. »

P10 : « On est vraiment dans du travail d'équipe pluridisciplinaire. »

b) Interprofessionnalité

Beaucoup de participants soulignent l'interprofessionnalité de la CPTS. Il y a un décloisonnement entre les différentes professions qui, maintenant, travaillent plus ensemble.

P8 : « C'est vrai que la CPTS c est l'idée…Ca rejoint ce qu'on avait voulu faire avant la CPTS avec Santélib etc... Essayer de créer cette dynamique territoriale, se retrouver dans l'interpro c'est vrai parce qu'auparavant on était plutôt entre médecins, entre infirmiers, entre pharmaciens, entre orthophonistes… »

P4 : « La CPTS a permis de mettre en relation un peu les différents professionnels de santé, peut-être que comme dit X ça se serait fait mais sans CPTS ça aurait été plus dur de mettre en relation les médecins avec les infirmiers. »

Il y a une amélioration dans la communication entre les membres d'une même spécialité, c'est-à-dire d'IDE à IDE et MG à MG.

P22 : « Du coup ça a donné une communication au moins sur le corps infirmier, ça a été plus que bénéfique. Elles se dépannent, elles s'aident, elles communiquent et ça elles ne le faisaient pas auparavant. C'était beaucoup plus compartimenté, c'était chacun sa poire, chacun son cabinet. Il y a un effort collectif qui s'est fait. »

Il y a une amélioration de la communication avec les spécialistes et les paramédicaux.

P5 : « En tout cas, ce que j'ai beaucoup apprécié c'était de rencontrer d'autres professionnels de santé que des médecins parce qu'au final les médecins on se croisait certains plus ou moins, on se connaissait déjà avec certains mais aussi de rencontrer des infirmiers, des kinés, d'autres personnes qui sont ...qui ont donné aussi cette dynamique, qui ont apporté leur expertise, leur énergie, pleins de choses que l'on pouvait ...au-delà du corporatisme finalement qu'on pouvait faire des choses ensemble même si on a pas la même profession. »

P15 « Moi ça fait 30 ans que je suis libérale et jusqu'à présent on ne se connaissait pas, on connaissait juste notre secteur et encore !

A : Même forcément pas seulement d'infirmières à infirmières mais aussi infirmières à médecins, infirmières à kinés ?

P15 : Oui... Chacun travaillait de son côté même dans le même village. Et bon, c'est sûr que c'est quand même plus appréciable de discuter.

A : Vous avez vu une différence quand même dans les relations ?

Plusieurs P : Ah bah oui ! »

P22 : « On a plus communiqué avec des gens avec lesquels on ne communiquait pas tellement. Les kinés c'est peut-être un peu plus marginal pour la communication que les infirmières et les pharmaciens, on s'est mis à beaucoup communiquer avec eux aussi. »

P5 : « Nous c'est par la CPTS, en tout cas moi, qu'on a plus travaillé avec les radiologues de X.

C'est via la CPTS ! Parce qu'on a eu les infos aussi via la CPTS, parce que quand on n'a pas forcément de lien direct avec eux on n'aurait pas eu le numéro direct pour avoir le scanner, le numéro direct pour avoir une écho, fin voilà. Pendant la première vague, ça nous a vachement servi quand même ! »

Il y a une amélioration de la communication avec le secteur administratif permettant ainsi des remontées de terrain.

P7 : « La crise Covid a montré que ça a permis de faire remonter pas mal de choses et la CPTS est un interlocuteur auprès de l'ARS du coup on arrive à faire remonter des choses par l'intermédiaire de la CPTS. »

P5 : « Voilà ce lien avec le coté administratif. Pour nous qui sommes des pragmatiques, en fait, des personnes de terrain, arriver à discuter avec des personnes de l'ARS qui sont un peu dans leur bulle et pour arriver à parler le même langage on avait besoin d'une traductrice (rires).

Non non mais c'est vrai... Il fallait une traductrice et B. elle a fait fonction de traductrice parce que, elle, elle a traduit en chiffres. Parce que nous on voit des patients, on voit de l'exercice, et à l'ARS ils voient des chiffres et il fallait faire correspondre les trucs, voilà. Donc ça ça a été facilitant là-dessus. »

3. Meilleure cohésion entre les professionnels de santé

a) Amélioration des relations, notamment entre les IDE

On observe l'apparition d'une cohésion sociale avec une meilleure relation qui se voit surtout chez les IDE.

P18 : « Et permettre de rencontrer d'autres infirmiers. Moi c'est ce que moi j'ai trouvé vraiment de bien ; ça a été fédérateur, du partage d'expérience. »

P18 : « En tout cas, infirmiers c'était bien parce qu'on a une cohésion qu'on avait jamais eu. »

P22 : « Il y a un échange qui s'est créé, qui n'existait pas auparavant ; au moins sur ce niveau professionnel là ; au niveau des infirmières il y a un échange qui s'est fait. Elles travaillent moins isolées. »

P23 : « Moi je parle franchement. Le panier de crabes qu'étaient les infirmières entre elles bah ça s'est détendu en fait. (Rires) Limite c'était on se pique des patients. Ça ça s'est détendu. Ça se file la main un peu plus facilement. »

b) Intégration de tous les modes d'exercice

La CPTS a permis d'intégrer tous les modes d'exercices. On peut parler de décloisonnement sans démaillage du territoire. Cela permet de lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

P6 : « C'est aussi finalement une façon de ne pas démailler le territoire. Parce que si on se regroupe tous sur trois, quatre maisons de santé bah finalement on va se retrouver... Il y aura des territoires qui n'auront pas forcément de médecins ou de professionnels. Donc là ça permet de garder un peu tous les modes d exercice et chacun avec son mode d'exercice d'amener un peu sa pierre à l'édifice. »

Cela permet aussi de lutter contre l'isolement de certains villages. Par exemple, par la création d'un centre covid.

P22 : « Donc ça a un petit peu coincé à ce niveau là (création d'un centre covid) et en demandant à X à l'ARS comment faire. Elle me dit vous devriez demander à X (la coordinatrice) de la CPTS parce qu'elle peut servir de pivot pour recevoir les financements. Parce qu'au début elle m'avait donné comme solution il faut créer une association loi 1901. Les deux bras me sont tombés. C'est comme ça qu'on a eu le premier contact avec B. et apprendre à connaitre un peu la CPTS.

A : Ca a permis de faire le lien un moment…

P22 : Ca a permis de faire le lien, ça a permis de sortir d'un isolement. »

4. Amélioration des conditions de travail

a) Mutualisation des moyens matériels

La crise sanitaire et le manque d'anticipation des autorités a provoqué une pénurie de matériel notamment en EPI. Une véritable antenne de récupération de matériel s'est créée via la CPTS avec une mutualisation des moyens.

P7 : « On a eu quand même des élans de générosité, c'est fou ! Pas tous les jours mais presque, on avait des infirmières qui venaient dès qu'elles avaient le moindre matériel à nous proposer. »

P15 « Il y a eu ce stress du matériel, on manquait de blouses et tout ça et, grâce à la CPTS, il y a eu une mise en commun de matériel.

A : Donc la CPTS ça vous a servi quand même de ...

P9 : …de mutualiser les moyens

P12 : Oui, et du matériel. »

b) Mutualisation des connaissances

Beaucoup de participants expliquent que la CPTS a permis une mutualisation des connaissances (veille bibliographique, formations covid, création de groupes d'entraide whats'App). En effet, pendant la crise covid, les publications quotidiennes au journal officiel, la multiplicité des injonctions venues d'en haut avec la nécessité d'être constamment à jour dans les recommandations ou encore la complexité des modes de facturation des IDEL ont déboussolé

les professionnels de santé. Le soignant devait s'adapter rapidement et la CPTS a joué ce rôle de facilitateur de l'adaptation du soignant.

P2 « Le covid chaque semaine il va falloir jeter un petit coup d'œil aux recos et si on n'y est pas on va louper quelque chose et en ça la CPTS c'était super parce que si on avait le temps on peut passer un petit coup de fil. La CPTS ça facilite l'adaptation du soignant qui se retrouve là d'un coup face à une vague. »

P6 : « C'est vrai que la veille bibliographique a été quelque chose d'énorme. »

P8 : « C'est vrai que tout à l'heure on a pas parlé, dans les avantages de la CPTS, c'est qu'on a pu mettre en place des formations. On a eu voilà plusieurs formations sur le covid qu'on n'aurait peut-être pas pu avoir en dehors de la CPTS. »

P16 : « Et bah quand on avait besoin d'aide par exemple sur le groupe whats'App, on pouvait poser une question, on nous répondait…On avait des avis ou bien pour le matériel parce que, voilà, on savait pas trop au départ. C'était tellement conditionné, on savait qu'à tel endroit qu'on pouvait récupérer des blouses. Voilà, donc ça ça nous a bien aidé.

P15 : Toutes les infos qu'on avait besoin. »

P9 : « Le whats'App s'est élargit d'autant plus par le biais du covid, ça a créé de l'organisation encore plus importante, de la coordination. »

Cette mutualisation des informations a aussi permis une meilleure connaissance des ressources dont dispose le territoire.

P11 : « Je trouve qu'on n'est pas assez au courant des ressources que la région peut avoir et que ça permet de faire le lien et de découvrir certaines ressources. »

c) Mutualisation des pratiques

Dans ce contexte de l'inconnu créé par la crise sanitaire, la CPTS a tout simplement permis une mutualisation des pratiques pour que tous les professionnels de santé aillent dans le même sens avec une universalité des informations.

P3 : « Mais les visios ça a été vachement important parce que, malgré tout, au début on savait pas où on allait… et c'est vrai que de pouvoir en discuter, de pouvoir avoir l'impression qu'on était plusieurs à penser, plusieurs à lire les biblios, à dégoter les informations intéressantes, c'était quand même indispensable pour avancer dans la bonne direction je pense. »

P17 « En fait c'est pour tendre un peu une harmonisation des pratiques quoi quelque part donc c'est hyper rassurant et même je pense que par rapport aux patients du coup tout le monde va donner la même info ou même pour eux c'est rassurant. »

5. Rôle de soutien

a) Psychologique

Les visios organisées par la CPTS ont été un moyen de lutter contre l'isolement social créé par le confinement.

P5 : « Oui mais à la fois ces visios, si tu veux, elles nous ont soutenu quand même (…) C'est vrai que c'était chronophage et tout ça mais moi c'est quelque chose qui me faisait du bien. »

P22 : « Le gros point c'était sortir de l'isolement. Moi je ne voyais jamais mes collègues. Je ne connaissais quasiment personne. Je me suis soignée, à grands coups de CPTS. »

P6 : « C'est vrai qu'on se retrouvait en temps de crise où finalement on avait besoin de voir un peu les autres, enfin d'entendre les autres et de se savoir pas seul. On se retrouve face au patient qu'il faut rassurer et on prend tout sur nous et finalement à force ... »

La mutualisation des informations et des moyens citée plus haut a aussi permis une réassurance des professionnels de santé face à la pénurie de matériel et aux multiples recommandations.

P14 : « Gérer tout seul c'est pas possible, donc on a besoin d'être rassurés aussi et d'être confortés dans ce qu'on fait et ça fait du bien de voir que les autres aussi ils font comme ça et parfois ça donne aussi des idées. Et puis en plus, on était aussi en pénurie puisqu'on avait rien, pas de matériel et tout ça et savoir que bah là il y a…ça va arriver là ça rassure aussi et c'est des choses on a plus besoin de se poser des questions. Et l'air de rien, c'est des petits rien mais en crise comme ça c'est super important en fait. »

b) Organisationnel, logistique

La coordinatrice de la CPTS a joué un rôle majeur dans l'organisation, la communication et la logistique.

P5 : « Le fait d'avoir une super faisant fonction de coordinatrice qui maîtrisait le langage ARS pour finalement avoir une communication… »

P5 : « Il fallait une traductrice et B. elle a fait fonction de traductrice parce qu'elle a traduit en chiffres. Parce que nous on voit des patients, on voit de l'exercice, et à l'ARS ils voient des chiffres et il fallait faire correspondre les trucs, voilà. Donc ça ça a été facilitant là-dessus. »

Malgré la crise sanitaire, la CPTS a pu mettre en place des projets comme l'ETP sur le diabète de type 2.

P9 : « Après, la CPTS elle avait aussi pour fonction de monter des projets. Là, je parle en l'occurrence de ce que je connais bien, de ce que j'ai fait, notamment les projets sur l'éducation thérapeutique et de monter en fait à la fois des groupes puisqu'il y a eu un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète de type 2 qui a été élaboré et monté. Et il y a eu aussi en complément toute la formation des professionnels qui le souhaitaient à cette éducation thérapeutique là. »

La CPTS a pu faciliter la mise en place des plannings avec une mutualisation des secrétariats.

P23 : « L'organisation aussi, parce qu'on a fait des prélèvements antigéniques sur le centre covid de X. Par exemple, toute la ligne était gérée par un infirmier libéral et CPTS. Ca a permis nous de nous libérer du temps, de soulager, enfin de ne pas donner encore plus de surcharge de travail à nos secrétaires. »

P22 : « Les filles qui travaillent chacune dans leur coin et qui se tiraient même un peu la bourre avec l'ouverture du centre dépistage covid ; le fait de devoir centraliser ne serait-ce que de faire le planning c'est le paradis, c'est fait ; quand il y en a une qui peut pas faire il y en a toujours une qui peut prendre le relais. C'est bien rodé. »

c) Rôle de centralisation

La CPTS a permis de représenter des petites structures telles que des cabinets médicaux et/ou d'IDE en tant que véritable structure ayant du poids administrativement afin d'obtenir l'autorisation pour la mise en place de projets.

P23 : « Ca a été un soutien administratif aussi. On a pu monter tout un dossier pour un centre covid grâce à l'appui administratif de la CPTS. »

P8 : « On a centralisé les dossiers covid, on a monté les dossiers covid c'est-à-dire que ce qu'on a fait une fois on ne le refait pas et à partir de la CPTS elle est plus là pour reflècher les financements et venir en appui là où il y a besoin de venir en appui. Moi je verrai plutôt le fonctionnement de la CPTS de cette façon. »

P2 : « (…) on voit il y a des MSP qui se sont coordonnées très vite, qui ont pu monter des dossiers peut-être même de les présenter à l'ARS et des cabinets médicaux qui justement avaient pas la structure administrative d'une MSP et, du coup, la CPTS elle servait à ça et elle a joué son rôle, très bien même, c'était génial. Parce que du coup, elle a permis à des structures d'infirmiers ou de médecins de permettre d'être la structure administrative qui permettait la recherche de subventions qui du coup les choses se faisaient comme si ; et ça c'était génial. »

P5 : « (…) moi je le voyais quand même aussi intéressant par rapport, il y avait l'échelle de la maison de santé et l'échelle de la CPTS. Tout ce qui était peut-être trop gros pour la maison de

santé, à l'échelle de la CPTS, on pouvait faire plus quoi et à plus nombreux on pouvait porter des projets qu'on ne peut pas porter tout seul à l'échelle d'une maison de santé. »

P8 : « Finalement, la CPTS, on découvre qu'un des objectifs de la CPTS aussi c'est de pouvoir compenser en tout lieux du territoire là où il peut y avoir défaillance ou besoin d'être appuyé ou d'être soutenu. C'est ce qu'il s'est passé dès le départ avec X puisqu'à X rien n'avait été établi sur X et, via la CPTS, on a pu activer administrativement la mise en place du centre covid etc avec les financements qui vont avec. »

La CPTS constitue le référent en cas de demande.

P23 : « L'avantage aussi d'une CPTS c'est que tu sais à qui t'adresser. Donc moi quand j'ai un truc et que je sens que c'est un peu territorial etc bah j'appelle la CPTS (…) En fait, l'idée c'est quand même qu'il y ait une structure qui centralise un peu tout ce qui est soins qu'on soit dans le médical, dans le paramédical; qui ait les infos aussi parce qu'on a pas toujours toutes les infos et qu'on puisse se référer à cette structure là soit parce qu'on a une envie de projet soit parce qu'on a une question par rapport à la prise en charge des patients sur le secteur, enfin c'est assez vaste. Ça permet d'avoir un référent unique. »

Enfin, la CPTS a joué un rôle de portage financier pour la mise en place des projets à l'échelle du territoire.

P5 : « Non, après la CPTS ça nous a aidé au point de vu financier, on l'a un peu dit tout à l'heure, on n'a pas trop détaillé. C'est le portage financier auprès des centres covid, c'était un énorme travail »

P23 : « Et on ne va pas se mentir. Monter une CPTS c'est aussi prétendre à un budget pour pouvoir monter des actions en prévention. Qu'il y ait le budget pour mettre les choses en place et que ça ne soit pas juste de la bonne volonté et du système D, ce qui a été le cas pour le covid. »

C. Les inconvénients d'un exercice coordonné

1. Chronophage

a) La « Réunionite »

Quasiment tous les participants aux focus group ont concédé que faire partie d'une CPTS était chronophage.
On retrouve cela notamment à travers les nombreuses réunions aussi bien en présentiel qu'en visioconférence.

P6 : « C'est chronophage, c'est vrai qu'à certains moments il y a eu une réunionite énorme où on pouvait avoir trois visios dans la semaine...C'était très difficile de suivre. »

P17 : « C'était juste pas possible. On se relayait avec un des mes associés pour se passer les visios parce que ça prenait beaucoup, beaucoup trop de temps. »

P16 : « Moi à part la réunionite aigue moi ça va. »

b) Investissement personnel supplémentaire

Plusieurs participants ont évoqué la nécessité d'un investissement personnel supplémentaire.

P3 : « Effectivement moi je pense que, de toute façon, dès que tu travailles en réseau c'est du temps en plus par rapport à ton exercice tout seul. Et quelque soit l'échelle où tu fais ça, à travailler avec d'autres ça veut dire accepter de prendre…même d'avoir des internes… accepter de prendre du temps en dehors du temps pur de consultation pour prendre du recul sur ta pratique et l'analyser et faire des efforts à l'améliorer et ... oui c'est chronophage, clairement ... Effectivement. »

P8 : « (…) on a des journées à rallonge. »

c) Hypersollicitation

Cette perte de temps semble aussi liée à une hyper sollicitation des soignants.

P2 : « Moi je me souviens, j'ai eu une hyper sollicitation. Mais après c'était intéressant, mais c'est vrai que moi je le vois comme un frein de trouver le bon dosage. »

2. Pas de besoin ressenti par les professionnels de santé

a) Réseau personnel déjà en place

Un participant a clairement répondu que la CPTS ne changeait rien à sa façon de travailler car ce dernier disposait déjà d'un réseau personnel bien établit.

P1 : « On s'entraidait déjà auparavant, c'était pas mal. »

P23 « J'en discute notamment avec les médecins de X notamment, ils me disent : « Mais moi je connais toutes mes infirmières, j'ai l'habitude de fonctionner avec elles, on s'envoie des photos, des messages, des machins. » Elles me disent : « Moi la CPTS, personnellement, je suis déjà coordonnée avec mes équipes de soins donc ça ne m'apporterait pas énormément. »

P22 : « Effectivement sur certains territoires on n'a pas attendu pour communiquer entre nous. »

P18 : « C'est ce qu'a dit X, il a son réseau, on a tous notre réseau. La CPTS a montré ce qui était déjà en place, ce qui était déjà organisé sur le territoire. »

P22 : « (…) on a fonctionné dans notre coin c'est-à-dire que, juste avant qu'ils nous confinent, quand même on est sur un petit village, moi je connais toutes les infirmières elles passent tous les jours quasiment au cabinet médical chercher un papier, un machin, poser une question. On se connait tous un petit peu, y compris avec les équipes de kinés, les équipes de pharmaciens donc on a fonctionné sur le village d'une autre façon. »

b) Refus de certains professionnels d'adhérer

Selon certains participants, des soignants préfèrent simplement travailler seul.

P3 : « Il y a des gens qui n'ont pas envie de travailler avec d'autres. Peut être parce qu'ils n'ont pas eu la chance de la découvrir mais peut être aussi que c'est vraiment pas ça qu'ils veulent quoi. »

3. Frein administratif

a) Difficulté décisionnelle

Selon un participant, il est parfois difficile de prendre des décisions car le pouvoir décisionnel appartient à trop de personnes.

P23 : « L'inconvénient c'est que c'est bien mais en même temps il y a trop de monde ! Pour prendre des décisions etc je trouve que c'est … il y a trop de monde et du coup chaque champ est un peu isolé et ça communique moins que ça devrait communiquer. Et je pense que c'est lié au fait qu'il y a trop de monde. »

4. Oubli du patient

Plusieurs participants ne veulent pas focaliser leur attention sur les missions de la CPTS par peur d'oublier le patient.

P6 : « Coordonner avec tout le monde c'est bien beau mais il y a aussi le patient à soigner en face et des fois voilà on est dans des réunions à droite dans des réunions à gauche et oui mais bon il y a aussi notre activité. Et je pense que notre activité principale quand même ça doit rester le principal : la relation avec le patient plus que finalement toute la coordination parce que des fois on fait beaucoup de mouvements autour mais… »

P8 : « Puis dernière chose, moi personnellement MSP ou pas MSP on travaille en soins coordonnés, pour moi ça ne change pas grand chose. L'idée c'est quand même de revenir au patient, au parcours patient et de faire en sorte que le patient se retrouve dans sa prise en charge sur le territoire. »

5. Relations interprofessionnelles

a) Difficultés pour gérer les personnalités

Les soignants soulignent qu'un travail en réseau implique de travailler parfois avec des personnes qui ont une personnalité différente entraînant des différents personnels.

P8 : « Il faut gérer les caractères, les personnalités, et puis tout ça parce qu'avec un travail difficile, on a des journées à rallonge. »

P4 : « On va dire des fois des difficultés personnelles à gérer. Moi je vois pour les plannings infirmiers il faut après aussi ménager les uns les autres. Faire en sorte qu'on ait deux infirmières qui s'entendent aux tests et pas qui se tapent dessus etc etc quoi. Tout ça, ça fait partie du travail en réseau. »

b) Discordance d'opinion

P19 : « Je m'imagine moi me voir dans mon cabinet et j'en parle aux associés et ils disent « non non on va pas se lancer là-dedans » et il y avait un côté parfois où c'était hyper frustrant de se retrouver face à ses propres freins. »

P20 : « *Du coup apparemment il y avait des fois des difficultés entre médecins vous dites ?*

P22 : *Oui.*

P20 : *Moi je pensais que la CPTS justement ça arrivait quand même à… à fédérer les gens autour de projets communs…*

P22 : *Non, non ! Il peut y avoir des clivages qui ont continué ensuite et ils ont fini par se faire engueler par certaines infirmières donc ils ont fini par changer d'attitude notamment pour le centre de prélèvements covid qu'on a mis en place sur X. Mais il y a des clivages qu'on n'arrive pas à passer.*

P18 : *C'est humain.*

P22 : *Voilà. Même sous couvert de crise sanitaire hein. »*

c) Différents niveaux d'investissement

P7 : « On ne va pas tous à la même vitesse même au sein d'une CPTS. »

6. Un épuisement

La crise sanitaire mais aussi le travail en réseau a engendré une fatigue, un épuisement chez plusieurs soignants interrogés.

P5 : « Mais c'est vrai qu'à l'été on a senti l'épuisement de tout le monde. C'était l'épuisement, ce travail en réseau a fait aussi naître une fatigue. »

P2 « *(…) d'essayer de trouver le bon dosage entre les deux, c'est pas toujours évident voilà. Ca ça peut être délétère, ça peut être un facteur d'épuisement aussi. Donc trouver le bon dosage. »*

7. Pas d'amélioration du lien ville-hôpital

a) Un secteur trop vaste

« A : Et on n'a pas trop parlé du lien ville-hôpital ? Vous trouvez quand même que ça a amélioré la communication avec l'hôpital ou ça reste toujours compliqué ?

P5 : Pas la CPTS. Le covid a amélioré peut-être notre relation avec l'hôpital dans certains cas. (…) Non, je sais pas, on n'a pas trop eu de liens... Alors je pense que c'est dû aussi au fait que la CPTS est vaste et qu'elle draine beaucoup de secteurs différents vers les hôpitaux. »

b) Sorties d'hospitalisation

On note un sentiment de manque de communication entre l'hôpital et les libéraux.

P6 : « Mais même au niveau des sorties d'hospitalisation il n'y a rien qui a été mis en place. Il n'y a eu aucune communication, les patients sortaient on ne savait même pas qu'ils avaient été hospitalisés. »

P5 : « A X on a eu une relation pour les faire rentrer mais on a eu zéro relation quand ils sortaient.

P6 : On n'était jamais au courant quand les patients rentraient à domicile.

P8 (…) Je me mets à la place de l'hôpital, du point de vu de l'hôpital, ils avaient d'autres choses à fouetter que de savoir comment on allait établir les relations avec les CPTS etc étant donné que les CPTS se mettent en place y'en a pas partout. Je pense que peut-être ça fera partie des projets futurs, les relations ville-hôpital à travers la CPTS. Pour l'instant, on n'a pas pu avancer sur ces projets. Mais c'est vrai qu'il y a des choses à faire, ça nous aurait aidé peut-être, de pouvoir travailler sur les sorties d'hôpital. »

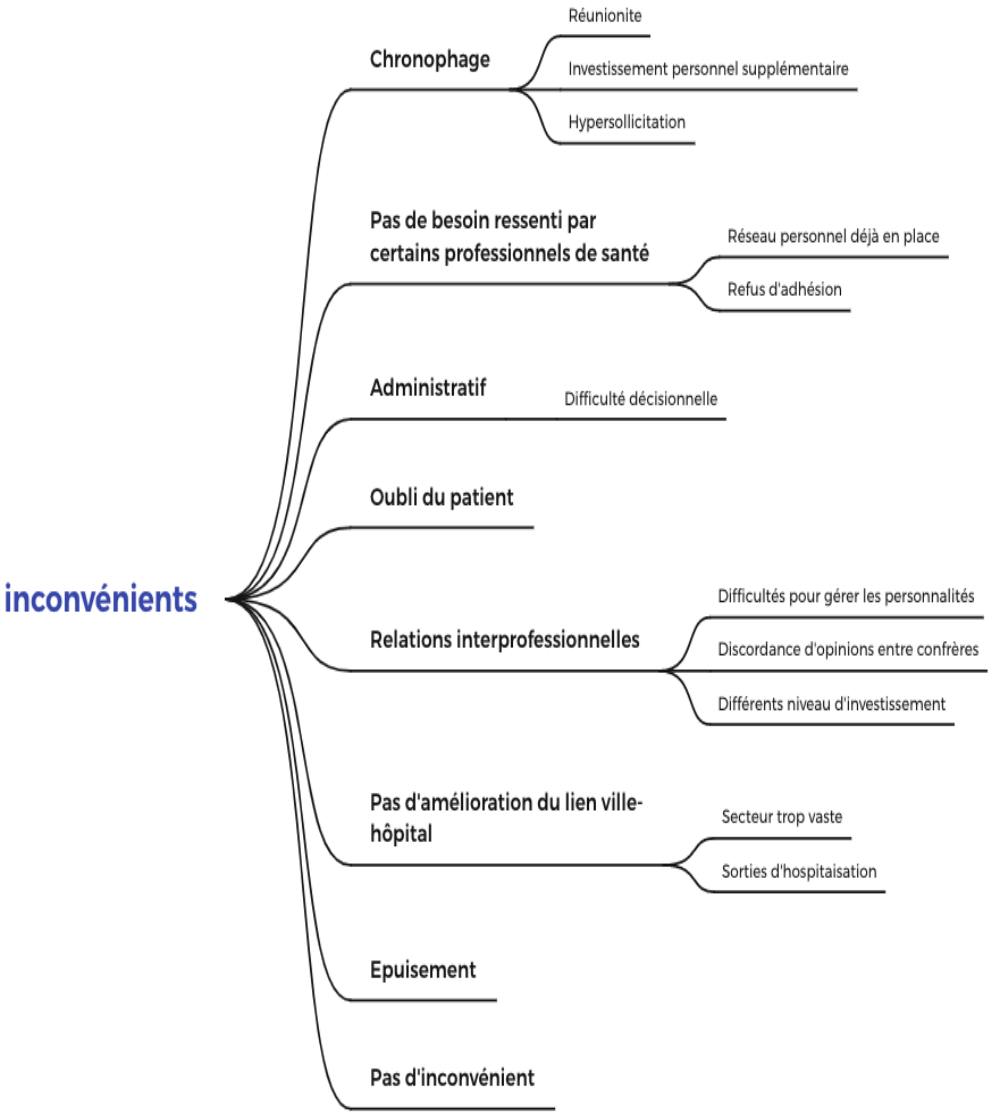
8. Pas d'inconvénients

a) Monopolisation du temps de travail par la gestion de la crise du Covid :

Plusieurs participants n'ont pas trouvé d'inconvénients au travail en exercice coordonné. Un soignant pense que c'est peut-être dû à la crise sanitaire qui a monopolisé toute l'attention des soignants.

P12 : « Moi je n'ai pas trop de recul sur la CPTS. On a beaucoup géré ce qui était covid jusqu'à maintenant donc à l'heure actuelle moi je n'ai pas d'inconvénients. »

Avantages
Rôle de catalyseur
Coordination
prélèvements PCR
Tournées covid
Centres covid
Communication avec l'ARS
Décision
substitution aux pouvoirs publics
Information
Rôle fédérateur
Pluriprofessionnalité
Interprofessionnalité
Amélioration de la communication entre MG
Amélioration de la communication avec les spécialistes
Amélioration de la communication le secteur administratif
Meilleure cohésion entre les professionels de santé
Amélioration des relations
Intégration de tous les modes d'exercice
Lutte contre les inégalités d'accès aux soins
Lutte contre l'isolement des villages
Amélioration des conditions de travail
Mutualisation des moyens
EPI
Mutualisation des connaissance
Formations covid
Veille bibliographique
Groupes d'entraide What's App
Meilleure connaissance des ressources du territoire
Mutualisation des pratiques
Universalité des pratiques
Rôle de soutien
Psychologique
Lutte contre l'isolement socio-professionnel
Réassurance des professionnels de santé
Organisationnel, logistique
Rôle de la coordinatrice de la CPTS
Création de projets
Mise en place de plannings
Centralisation
Administrative
Structure administrative
Structure référente
Financière


inconvénients
Chronophage
Réunionite
Investissement personnel supplémentaire
Hypersollicitation
Pas de besoin ressenti par certains professionnels de santé
Réseau personnel déjà en place
Refus d'adhésion
Administratif
Difficulté décisionnelle
Oubli du patient
Relations interprofessionnelles
Difficultés pour gérer les personnalités
Discordance d'opinions entre confrères
Différents niveau d'investissement
Pas d'amélioration du lien ville-hôpital
Secteur trop vaste
Sorties d'hospitaisation
Epuisement
Pas d'inconvénient

IV. DISCUSSION

A. Synthèse des résultats

Cette étude a montré que l'exercice en soins coordonnés sur le territoire de la CPTS Centre Hérault a été bénéfique dans la gestion de la crise du covid. La CPTS a su réagir à une crise sanitaire sans précédent et accomplir les principales missions qui lui sont demandées : coordination et communication dans le but d'améliorer le parcours du patient.

Communication et coordination sont d'ailleurs intimement liées, la deuxième étant dépendante de la première. Les praticiens ont appris à mieux communiquer, pas seulement parce que la crise le leur obligeait, mais aussi parce qu'ils disposaient de la structure pour le faire. La CPTS a ainsi joué un véritable de rôle de soutien ayant du poids dans la relation avec les instances administratives.

Cette cohésion a permis de mettre rapidement en place les structures nécessaires à la lutte contre la crise du covid (Centres de prélèvements et de consultations covid, planning IDE, mise à disposition du scanner par les radiologues de Clermont).

La mutualisation des moyens, des pratiques et des connaissances a grandement amélioré les conditions d'exercice des soignants malgré l'inconnu de la crise covid.

Néanmoins, le travail en réseau est parfois ressenti comme chronophage et facteur d'épuisement. Les relations interprofessionnelles sont parfois compliquées. On remarque aussi que le décloisonnement n'est pas total avec notamment des relations ville-hôpital qui restent fragiles.

B. Forces de l'étude

1. Le choix de la méthode

La méthode du focus group a été préférée aux entretiens individuels car elle permet de produire une grande quantité d'informations en peu de temps grâce à son interactivité. Le

focus group produit beaucoup d'informations sur le vécu des personnes interrogées et sur leurs sentiments. En effet, chacun apporte son point de vue et complète celui des autres. Le focus group mobilise simultanément la réflexivité personnelle et la ressource « intelligence collective » comme un staff hospitalier par exemple : chacun s'alimente de ce que disent les autres et l'intègre de la manière qui lui convient dans sa réflexion. On assiste à une sorte de réaction en chaîne. (22) Il aboutit rapidement à la connaissance de l'opinion de chacun.

2. Le choix de la population

Les focus group n°1 et n°3 étaient plutôt homogènes, ce qui a donné des échanges assez fluides. Les questions de relance n'ont pas toutes été utilisées.
Le nombre de participants minimum pour un FG a été respecté à chaque fois.

3. Mode de recrutement

L'aide de la coordinatrice de la CPTS et de MG ayant un réseau personnel important a permis de contacter beaucoup de professionnels de santé de la CPTS.

4. Le mode d'enregistrement

Le choix de faire les FG en présentiel et non en visioconférence et le double enregistrement a permis la retranscription des entretiens dans leur intégralité.
Le fait d'avoir filmé les entretiens fournit des informations sur le langage non verbal et fait naître de l'émotion et des sentiments dans l'interprétation.

C. Limites de l'étude

1. La méthode

a) La période des FG

La crise sanitaire a pu dissuader plusieurs professionnels de santé de se réunir en groupe dans une pièce, limitant ainsi le nombre de participants.

b) Le choix de la méthode

La méthode du FG est à double tranchant : d'une part, elle crée des échanges dynamiques, d'autre part, les participants tombent parfois dans des débats qui s'éloignent de la question initiale créant ainsi un hors sujet. Cependant, l'observateur a su jouer son rôle et recadrer le fil de la discussion le cas échéant.
L'effet leader d'opinion (domination d'un participant au sein du groupe) a parfois été observé lors d'un FG. (23)

La méthode du FG requiert de réunir plusieurs participants à un instant T dans un lieu donné, de ce fait de nombreuses personnes répondant aux critères d'inclusion n'ont pas pu participer car elles n'étaient pas libres le jour du focus group. C'est l'inconvénient de la méthode du FG par rapport aux entretiens individuels pour lesquels il est plus facile de s'accorder sur une date.

c) Le choix de la population

Le FG n°2 a réuni une population hétérogène, ce qui a eu un impact plutôt négatif avec des échanges moins dynamiques que les autres FG. La durée de ce FG est d'ailleurs inférieure aux autres.

d) Mode de recrutement

Le modérateur connaissait plusieurs participants et a pu être influencé par leurs propos. Plusieurs participants d'une même MSP ont été recrutés par « effet boule de neige ». Tout cela risque d'induire un biais de sélection.

e) L'interviewer

Le manque d'expérience de l'animateur dans l'organisation du focus group et l'analyse des données a pu biaiser les résultats. Il a pu inconsciemment orienter les questions notamment les questions de relance.

f) Analyse des données

Les retranscriptions et leur analyse n'ont pas été retournées aux participants pour avoir leurs avis.

D. Discussion des résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

La quasi-totalité des participants sont adhérents à la CPTS. On peut en déduire qu'ils seront moins objectifs sur les inconvénients d'un fonctionnement en CPTS par rapport à un soignant qui préfère travailler seul. On peut faire la même déduction avec le fait que la plupart des participants exercent en groupe. (>95%)

Un faible pourcentage des MG et des IDE du territoire de la CPTS a été interrogé (4% des MG et 9%), ce qui diminue la significativité de l'étude.

2. Les avantages

a) Rôle de catalyseur

Plusieurs participants ont souligné le rôle de catalyseur de la CPTS dans la création de projets grâce à son lien avec l'ARS.

On retrouve ce lien avec les instances administratives dans un retour d'expérience de la CPTS du 13^{e} arrondissement de Paris : « L'aventure des MSP et des CPTS a permis de développer des relations nouvelles avec les tutelles (Ministère, ARS) et l'Assurance Maladie, basées sur plus de proximité et de confiance. » (24)

Cependant, selon la synthèse du retour d'expérience de 34 CPTS par la DGOS, les relations avec l'ARS font l'objet d'appréciations hétérogènes avec des ARS considérées comme très aidantes et des ARS pointées comme non réactives voire absentes (retard dans les échanges, les paiements et les conventions entraînant des ouvertures de centre Covid avant toute autorisation et sans aucun financement). (18) Dans un questionnaire concernant le retour d'expérience des CPTS de Marseille durant la crise Covid (auquel 100% des CPTS ont répondu

avec un total de 151 réponses obtenues), 14% des adhérents ont manifesté des besoins d'une meilleure collaboration et de soutien de la part de l'ARS. (25)

b) Pluriprofessionnalité

Le caractère pluriprofessionnel de la CPTS a été mis en évidence dans cette étude avec la création de liens entre les différents professionnels de santé. On retrouve cette collaboration dans les réponses au questionnaire des CPTS de Marseille (et alentours) dans lequel 70,9% des adhérents des CPTS affirment avoir développé de nouveaux partenariats durant la crise que ce soit avec d'autres professionnels de santé (36,6%), avec des établissements sanitaires (19,3%) ou encore avec des établissements médico-sociaux (14,3%). (25)

c) Amélioration des conditions de travail et rôle de soutien

Une thèse publiée en Octobre 2019 portant sur les conditions de l'action collective dans le cadre des CPTS souligne plusieurs points formulés durant les focus group de cette étude. Tout d'abord, on y retrouve l'utilité de se connaitre, « de mettre un visage sur un nom » pour améliorer la prise en charge du patient. On y retrouve aussi la nécessité de mutualiser les ressources (outils numériques, secrétariats, locaux…) pour améliorer les conditions de travail. Enfin, on y retrouve aussi le rôle de soutien psychologique de la CPTS car pour la plupart des interrogés, la CPTS permet de lutter contre l'isolement grâce aux interactions qu'elle favorise entre les professionnels de santé. (26)

3. Les inconvénients

a) Chronophage

Selon les résultats d'une thèse publiée en Avril 2021 sur la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse), le caractère chronophage était un frein pour l'adhésion à la CPTS, notamment par crainte d'une lourdeur administrative. (27)

D’après la plupart des participants de cette étude, faire partie d’une CPTS prend du temps avec au premier plan les multiples réunions.
Pour remédier à cela, plusieurs mesures ont été prises :

- Les assistants médicaux :

Le plan santé 2022 prévoit la possibilité de recruter des assistants médicaux pour les structures exerçant de façon coordonnée (comme les CPTS) pour regagner du temps médical.
Par exemple, au sein de la CPTS Centre Hérault, les secrétaires d’un cabinet médical à Canet sont devenues des assistantes médicales. Elles permettent ainsi aux médecins du cabinet de gagner du temps de soin en coordonnant des rendez-vous avec des spécialistes, en pré-remplissant des documents administratifs ou encore en mettant à jour le dossier médical des patients.

Sur le territoire de la CPTS, 13 MG ont signé un contrat d’aide à l’embauche d’un assistant médical sur 32 MG éligibles.

Selon le quotidien du médecin, 1729 contrats d’assistants médicaux ont été signés entre les médecins et la sécurité sociale au 19 Février 2021.

Les *medical assistant* constituent l’une des catégories professionnelles qui connaît la plus rapide expansion aux États-Unis. Leur rôle habituel consiste à accueillir le patient, à l’accompagner en salle d’examen, à préciser son motif de consultation principal et à vérifier les constantes. A moins que le médecin ait besoin d’être « assisté », par exemple pour mobiliser un malade, leur rôle s’arrête là. Cependant, de plus en plus et dans de nombreux « *ambulatory practices* » où exercent des équipes pluriprofessionnelles, le rôle des *medical assistant* se diversifie dans deux directions. La première concerne le patient, auprès duquel le *medical assistant* assure des missions de médiation et de coaching (motivation, éducation, suivi). La seconde concerne l’équipe pluriprofessionnelle, au sein de laquelle le *medical assistant* veille à la meilleure coordination et occupe des fonctions de « soutien » en lien avec le secrétariat, particulièrement pour ce qui concerne la tenue des dossiers des patients et l’utilisation et l’exploitation la plus pertinente des données issues du système d’information.

En 2019, on dénombrait près de 600 000 *medical assistant* aux États-Unis (soit un peu moins que les 700 000 médecins). Les projections démographiques en prévoient environ 150 000 de plus au terme des dix prochaines années. (28)

- Dispositif asalée :

Ce dispositif, créé en 2004 par l'association ASALEE, permet une coopération pluriprofessionnelle entre les IDE et le MG pour la prévention et le suivi de patients atteints de pathologies chroniques à travers des protocoles validés par l'ARS.

Par exemple, au sein de la CPTS Centre Hérault, l'éducation thérapeutique de patients diabétiques est assurée par des infirmier(e)s ASALEE.
Selon un rapport de l'IRDES en 2008, le protocole Asalée conduirait à une prise en charge 2,8 fois plus efficiente que celle habituellement mise en œuvre dans le diabète de type 2.

Les autres conséquences sont un gain de temps médical pour le patient et une réduction des coûts en santé. (29)

- Les Infirmières de Pratique Avancée :

Les IPA ont été créées en 2016 et ont aussi pour objectif de faire gagner du temps médical au MG et de fluidifier le parcours médical du patient.

Ces trois dispositifs pourraient contribuer à limiter l'hyper sollicitation, l'investissement personnel supplémentaire et donc l'épuisement ressenti par certains participants.

b) Difficultés relationnelles

Malheureusement comme dans tout métier, il est parfois difficile de s'entendre avec un collègue. On retrouve cette notion dans une thèse écrite par Mayeul Merchier en 2019 sur la CPTS du Bocage. « Des gens qui ne s'entendent pas entre eux, des gens qui n'ont pas envie de bosser ensemble ». (30)

c) Pas d'amélioration ville-hôpital

Des outils de communication entre les établissements de ville et l'hôpital pourraient être créés pour établir le lien entre les deux.

Entr'Actes est une plateforme de communication initialement créée pour la communication entre les professionnels de santé des soins primaires afin d'améliorer la prise en charge du patient à domicile, éviter le recours aux urgences et accompagner les sorties d'hospitalisation.

Par exemple, la CPTS Noé Santé en Essonne a permis la diffusion de cette plateforme au sein de la CPTS et a équipé les urgences de l'hôpital d'Orsay ainsi que le centre COVID de cet outil.

De même, depuis Avril 2021, le CHU de Toulouse et les professionnels de santé de ville ont développé l'utilisation de cet outil, initialement dédié aux soins primaires, pour réorienter vers la ville les patients dont la gravité ne justifie pas un passage aux urgences. Concrètement, le degré d'urgence est évalué par un soignant des urgences et si ce dernier estime qu'il peut être réorienté en ville, le médecin traitant ou un médecin à proximité est contacté via la plateforme Entr'Actes puis le médecin en question programme une consultation pour le patient. (31)

A noter qu'au questionnaire sur le retour d'expérience sur la crise covid de 34 CPTS, la moitié a répondu qu'une collaboration approfondie avec un centre hospitalier avait été mise en place. (Annexe 2)

E. Perspectives

1. Mutualisations inter-CPTS

La coordination pourrait se faire à une échelle encore plus large que la CPTS par la coopération entre plusieurs CPTS. C'est par exemple le cas de l'association Espace Vie, située à Corbeil-Essonnes, qui a réussi à réunir plus de 1800 professionnels de santé de 10 CPTS différentes. Cela a par exemple permis pendant la première vague de covid 19 d'obtenir des EPI et d'éviter la fermeture de deux cabinets de radiologie du territoire par manque de moyens de protection. Durant cette période, cette coopération a aussi facilité le parcours de soins des patientes en sortie de maternité alors que les PMI étaient fermées. (32)

Cependant, une coopération inter-CPTS semble fragile. En effet, cette association a été contrainte de fermer en Juillet 2020 par manque de financement de l'ARS.

2. Anticipation d'une nouvelle crise sanitaire

Concernant la crise sanitaire, les professionnels de santé des différentes CPTS souhaiteraient une adaptation de l'ACI notamment sur la création d'une enveloppe pour la gestion des crises sanitaires pour financer par exemple le renforcement de l'équipe de coordination et indemniser des professionnels libéraux consacrant du temps à la coordination. Les professionnels d'une CPTS ont même suggéré l'existence d'un mandat qui autoriserait la CPTS à déployer un « plan blanc ambulatoire » sur déclenchement du ministère de la santé ou des ARS. (18)

3. Coordination entre les soins de premier et second recours : le rôle de 48h chrono

Selon la DREES, en 2019, 77% des MG étaient confrontés à des difficultés pour adresser leurs patients à des confrères spécialistes, la principale difficulté étant celle de trouver un rendez vous dans un délai raisonnable (98% des cas). (33)

La CPTS Centre Hérault a mis en place l'outil numérique « 48h chrono » permettant de trouver des créneaux de consultation d'urgence dans les 48 heures chez des spécialistes. Ce dispositif permet un lien rapide entre les soins du premier et de second recours. Peut-être que ce dispositif qui semble respecter le délai de 48h sera généralisé dans d'autres CPTS.

4. La téléconsultation

Lors des FG, plusieurs patients ont spontanément évoqué la téléconsultation. Tous les participants qui ont abordé le sujet semblaient peu convaincus par l'utilisation de la téléconsultation de façon régulière.

P3 : « Mais sinon, oui comme toi, la gestion de la téléconsultation c'est un truc que j'avais remis à plus tard, bon bah voilà je m'y suis mise. Ceci dit je m'y suis mise mais j'en fait quasiment plus, c'est vraiment pas un truc qui m'a plu. »

P16 : « Oui ...j'ai arrêté (*la téléconsultation*). On m'a demandé si je voulais, j'ai dit « non sans examen clinique je trouve ça difficile ». Faire de la télémédecine… Je pensais hein que ça allait être intéressant mais ça me correspond pas vraiment. Mais je pense que ça a pu aider les patients quelques temps et ça a pu des fois modifier les choses. »

V. CONCLUSION

L'exercice coordonné semble être le futur de notre système de santé initialement hospitalo-centré. Les professionnels de santé actuels réclament plus de coordination, plus de temps pour soigner ou encore une meilleure organisation des soins sur le territoire.
Une véritable entité administrative a été créée dans le but de répondre à ces besoins : ce sont les CPTS.

L'exemple de la CPTS Centre Hérault, dont le territoire est représentatif des problèmes de santé publique actuels en France, et la période de la crise COVID qui a fragilisé notre système de santé ont été intentionnellement choisis pour tenter d'identifier les bénéfices d'un exercice coordonné.

Cette étude a montré plusieurs bénéfices d'un travail coordonné. Tout d'abord, la CPTS Centre Hérault a joué un véritable rôle de catalyseur dans le domaine de la coordination et de la communication permettant une mise en place plus rapide des différentes actions sur le territoire. Ensuite, elle a démontré son rôle fédérateur avec la fin du travail isolé et le début d'une pluriprofessionnalité avec une véritable cohésion entre les différents professionnels de santé.
Enfin, elle a joué un rôle de soutien avec au premier plan un soutien psychologique indispensable en cette période de crise où le moral des professionnels de santé est au plus bas. Elle représente un soutien administratif de taille avec, le plus souvent, une étroite collaboration avec l'ARS.
Ces différents rôles ont permis une amélioration des conditions d'exercice des soignants malgré la désorganisation créée par la crise sanitaire.

Mais exercer à plusieurs ne comporte pas que des bénéfices. En effet, travailler en équipe semble chronophage et parfois source de difficultés relationnelles. Certains soignants expérimentés, au réseau personnel déjà bien fourni, n'y voient pas de bénéfices. De plus, un sentiment général d'épuisement se fait sentir chez des soignants déjà fragilisés par la crise sanitaire.
Le décloisonnement ne semble pas total, avec notamment un lien ville-hôpital fragile, parfois inexistant.

En définitive, l'exercice en soins coordonnés via la CPTS en période de crise sanitaire a donc été bénéfique aussi bien pour le patient que pour le soignant. Les maîtres mots d'une CPTS peuvent être résumés ainsi : communication, coordination et cohésion.

ANNEXES

Annexe 1 : Le financement

Montant des financements alloués

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'un financement des communautés professionnelles en fonction des moyens déployés et des résultats atteints dans la réalisation des différentes missions choisies. Ce financement est modulé selon la taille des communautés tel que défini à l'article 7.1 du présent accord.

Avant le démarrage des missions choisies par la communauté professionnelle

Montant annuel	Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	**50 000 €**	**60 000 €**	**75 000 €**	**90 000 €**

Ce montant est versé dès la signature du contrat dans son intégralité pour couvrir les besoins de la communauté professionnelle pendant la période préparatoire nécessaire au déploiement des missions choisies.

A compter du démarrage de chaque mission choisie par la communauté professionnelle (en fonction du calendrier de déploiement défini dans le contrat)

Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
Financement du fonctionnement de la communauté professionnelle	**Total**	**50 000 €**	**60 000 €**	**75 000 €**	**90 000 €**
Missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (socle) :	Volet Fixe/Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
	Volet lié à l'organisation des soins non programmés Compensation des professionnels de santé	10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €

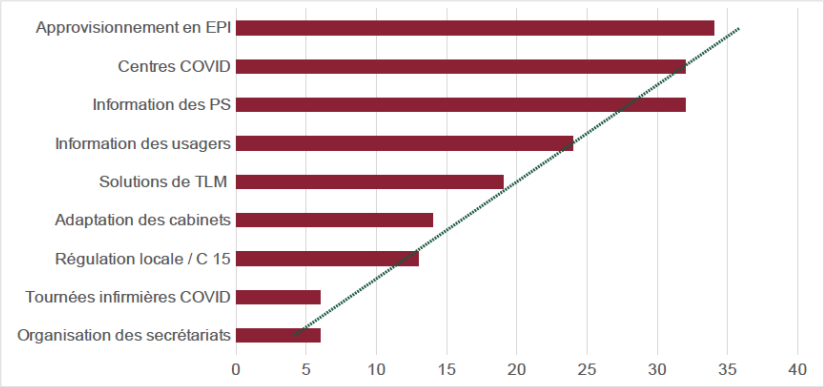
Montant annuel		Communauté de taille 1	Communauté de taille 2	Communauté de taille 3	Communauté de taille 4
	Volet supplémentaire lié à l'organisation des soins non programmés Financement spécifique pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés	*35 000 €*	*45 000 €*	*55 000 €*	*70 000 €*
	Total (**)	**40 000 €**	**47 000 €**	**65 000 €**	**80 000 €**
Missions en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient (socle)	Volet Fixe/Moyens	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Volet variable/actions et résultats	25 000 €	35 000 €	45 000 €	50 000 €
	Total	**50 000 €**	**70 000 €**	**90 000 €**	**100 000 €**
Missions en faveur du développement des actions territoriales de prévention (socle)	Volet Fixe/Moyens	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	10 000 €	15 000 €	17 500 €	20 000 €
	Total	**20 000 €**	**30 000 €**	**35 000 €**	**40 000 €**
Actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Volet variable/actions et résultats	7 500 €	10 000 €	15 000 €	20 000 €
	Total	**15 000 €**	**20 000 €**	**30 000 €**	**40 000 €**
Actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (optionnel)	Volet Fixe/Moyens	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Volet variable/actions et résultats	5000 €	7 500 €	10 000 €	15 000 €
	Total	**10 000 €**	**15 000 €**	**20 000 €**	**30 000 €**
Financement total possible (**)	**Volets fixe et variable**	**185 000 €**	**242 000 €**	**315 000 €**	**380 000 €**

(*) Les montants mentionnés dans le volet variable/actions et résultats correspondent à un taux d'atteinte de 100 %.

(**) *Nota.* – Ces montants n'intègrent pas le financement spécifique à l'organisation du dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés.

Annexe 2 : Retex Covid DGOS sur 34 CPTS interrogées

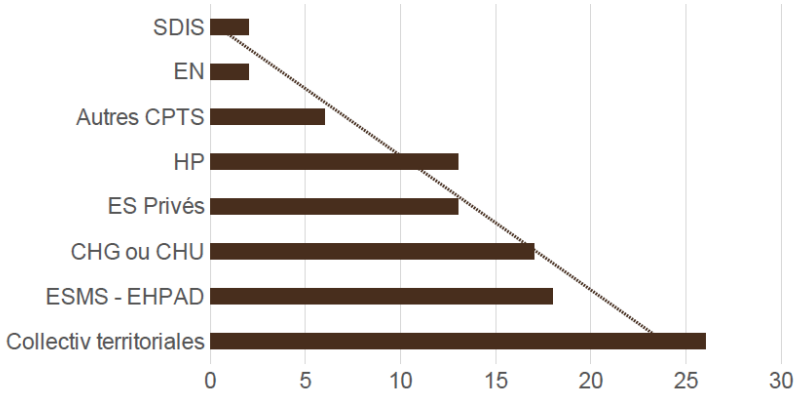
Actions mises en œuvre



Les CPTS ont mis en place une pluralité d'interventions qui recouvre plusieurs dimensions :

- mise en relation et soutien aux professionnels
- organisation directe en tant qu'opérateur
- coordination des acteurs au niveau du territoire et en supra territorial
- communication auprès des professionnels de santé et des usagers

Collaborations approfondies pendant la crise



Outre un gain de légitimité auprès des professionnels de santé, cette gestion de l'épidémie a permis aux CPTS de **créer ou d'approfondir de nombreuses coopérations en premier lieu avec les municipalités** qui leur ont apporté un soutien quasi constant, avec les établissements de santé publics ou privés et avec les EHPAD. Elle a également stimulé les coopérations inter-CPTS dans plusieurs régions.

Annexe 3 : Questionnaire pour échantillon quantitatif

Etes-vous :

- Une femme
- Un homme

Quel âge avez-vous ?

- < 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- Entre 50 et 60 ans
- >60 ans

Exercez-vous :

- seul(e)
- En cabinet de groupe
- En maison de santé

Depuis quand êtes-vous installé(e) :

- <10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- >30 ans

Etes-vous membre de la CPTS ?

- Oui
- Non

Etes-vous :

- Médecin généraliste
- Infirmier(e)
- Pharmacien
- Autre : …….

Dans quelle(s) commune(s) exercez-vous ?

……..

Consentez vous à l'enregistrement, l'analyse et la publication des données (de façon anonyme) ?

- Oui
- Non

Merci pour vos réponses.

Annexe 4 : Guide d'entretien

Je suis Hugo Perelli, médecin remplaçant en médecine générale.

Je réalise une thèse sur l'implication et le rôle de la CPTS Centre-Hérault dans la gestion de la crise sanitaire COVID 19 lors de la « première vague ». (Décembre 2019 à Mai 2020).

Je vous remercie pour votre présence et d'avoir accepté de répondre à mes questions et ainsi de participer à l'élaboration de cette thèse.

Je vous remercie pour votre signature du consentement à l'enregistrement, l'analyse et la publication des données.

Je vous rappelle que vos propos sont anonymes.

Vos témoignages personnels seront les bienvenus et seront accueillis sans jugement.

1) Quelles attentes aviez-vous de la CPTS ?
   Relance : quelles étaient vos motivations à travailler en exercice coordonné au sein d'une CPTS ?

2) En quoi la crise du covid a-t-elle modifié votre pratique lors de la première vague ?
   Relance : Quelles difficultés avaient vous rencontrées lors de la crise sanitaire dans votre pratique ?

3) Comment l'exercice coordonné au sein de la CPTS vous a-t-il aidé face aux difficultés rencontrées ?
   Relance : Pouvez-vous me donner des exemples de situations où travailler en exercice coordonné vous a aidé à résoudre un problème (sur une prise en charge par exemple) ?

4) Au contraire, pouvez-vous me dire en quoi faire partie d'un réseau peut il être délètère pour vous et pour votre prise en charge ?
   Relance : Quels aspects de votre travail n'ont pas été pris en compte par la CPTS selon vous ?

5) Quelqu'un veut-il ajouter quelque chose ?

Annexe 5 : Extrait du FG n°1

P3 : « Au départ la CPTS ça a été Santé Lib avant donc j'ai connu la CPTS via Santé Lib et c'est vrai que le projet au départ c'était pas politique au sens d'avoir du poids pour l'ARS mais vraiment d'être un lieu d'échange et de communication entre les différents acteurs du territoire. J'ai trouvé ça très séduisant et surtout ça permettait de faire se rencontrer les choses comme disait X et de faire rencontrer les gens aussi qui influent une dynamique car on sait bien que dans chaque territoire il y a des gens qui vont faire bouger les choses davantage et là ça permettait un peu de se rencontrer mais c'est vrai que c'est ce côté convivial que je voyais au début dans la CPTS beaucoup plus que ce que ça pouvait apporter sur le plan professionnel ou sur le plan de vraiment d'amélioration des pratiques... Je le voyais de très loin et pour moi la crise Covid a été la démonstration pratique que ça pouvait être quelque chose d'hyper moteur et de déterminant pour mobiliser les gens.

P5 : Oui moi je suis assez d'accord avec le fait qu'au départ c'est le fait de se rencontrer, de se connaître entre professionnels de santé. Moi ce que j'ai ...Euh c'était peut-être pas ma motivation au départ mais en tout cas, ce que j'ai beaucoup apprécié c'était de rencontrer d'autres professionnels de santé que des médecins parce qu'au final, les médecins, on se croisait certains plus ou moins, on se connaissait déjà avec certains mais aussi de rencontrer des infirmiers, des kinés, d'autres personnes qui sont ... qui ont donné aussi cette dynamique, qui ont apporté leur expertise, leur énergie, plein de choses que l'on pouvait, au- delà du corporatisme finalement, qu'on pouvait faire des choses ensemble même si on a pas la même profession…

P1 : C'était le même objectif hein

P5 : Voilà, c'était le même objectif et euh donc la motivation au départ c'était ça et puis l'idée que l'on pourrait probablement faire plus de choses en étant plusieurs enfin, en étant plus nombreux, sur un territoire plus vaste. Là l'avantage d'élargir le territoire, moi je le voyais quand même aussi intéressant par rapport, il y avait l'échelle de la maison de santé et l'échelle de la CPTS. Tout ce qui était peut-être trop gros pour la maison de santé, à l'échelle de la CPTS on pouvait faire plus quoi et à plus nombreux on pouvait porter des projets qu'on ne peut pas porter tout seul à l'échelle d'une maison de santé.

Relance d'autres participants par l'animateur

P2 : Alors nous, on est dans un cabinet de groupe à X et c'est un cabinet de MG mais c'est pas une maison de santé et sur le territoire particulier de Clermont on a plusieurs cabinets de médecine générale de groupe, plusieurs cabinets infirmiers de groupe, plusieurs cabinets de kiné de groupe mais il n'y a pas de MSP par exemple.

A : D'accord.

P2 : Et moi ce qui m'intéressait c'était d'une façon d'avoir de l'interprofessionnalité parce que, on a beau avoir une infirmière ASALEE, on a pas grand chose de plus et, en fait, on a très peu de relations avec les infirmiers, on a eu très peu de relations avec les kinés et nous, moi c'était d'abord le territoire de Clermont qui m'intéressait et après la richesse c'était de rencontrer les autres territoires mais c'était d'abord de créer de l'interprofessionnalité dans des structures où elle a pas encore été créée et du coup c'est vrai que c'est l'étage du dessus de la MSP la CPTS mais dans le territoire de Clermont ça fait un peu tampon entre les deux et ça c'est assez riche. Tout le monde n'a pas vocation dans sa structure à faire une MSP... C'est super une MSP ! Moi je vois dans ma structure, c'est compliqué de faire une MSP et je pense qu'il y a beaucoup de MG qui ont réussi à fonctionner, qui ont déjà un équilibre donc voilà la CPTS permet de faire ces liens euh chez des non MSP.

P8 : En fait pour reprendre … C'est vrai que la CPTS c'est l'idée… Ca rejoint ce qu'on avait voulu faire avant la CPTS avec Santé Lib etc. Essayer de créer cette dynamique territoriale, se retrouver dans l'interpro. C'est vrai parce qu'auparavant on était plutôt entre médecins, entre infirmiers, entre pharmaciens, entre orthophonistes. Je me rappelle au départ les orthophonistes voulaient faire une association. Comme Santé Lib s'est créée, ils se sont dit « bon puisqu'il y a Santé Lib on ne va pas s'amuser à faire une association à côté » etc donc l'idée au départ c'était de créer une sorte de regroupement pluripro sachant que de toute façon la coordination elle existe déjà. On ne va pas apprendre aux vieux médecins, aux vieilles infirmières à faire de la coordination ou de travailler ensemble etc parce qu'on travaille déjà ensemble d'une certaine façon. Après la difficulté c'est d'arriver maintenant, dans l'évolution du système de santé, de pouvoir mieux structurer, mieux formaliser cette organisation parce qu'on nous demande de plus en plus de choses, on nous demande de prendre en charge des cas complexes, le travail change énormément, les moyens changent, les outils changent c'est de l'informatisation à mettre en commun donc là on passe à de nouvelles exigences et c'est difficile en étant isolé de pouvoir arriver à tout mettre en place finalement. Donc l'idée de la CPTS c'est l'idée de booster chaque cabinet, chaque regroupement fonctionnel, essayer de les

stimuler et faire en sorte de les amener vers, on va dire, une organisation plus pluriprofessionnelle, structurée, plus formalisée qui permet un petit peu d'avoir une certaine cohérence sur le territoire. C'est représenter la légitimité. C'est vrai qu'à partir du moment où la CPTS commence à se formaliser pour les pouvoirs c'est beaucoup plus facile d'avoir des interlocuteurs en local, parce qu'on a déjà des interlocuteurs au niveau départemental avec les URPS qui sont censées organiser le travail des libéraux sur le terrain mais bon c'est compliqué puisque le pluripro au niveau de ces organisations c'est pas toujours des plus facile puisque les choses sont vraiment, on va dire, sectorisées mais l'idée en local c'était vraiment de regrouper et de faire en sorte que les gens se rencontrent justement pour faire vivre cette interprofessionnalité. Puis dernière chose, moi personnellement MSP ou pas MSP on travaille en soins coordonnés, pour moi ça ne change pas grand chose. L'idée c'est quand même de revenir au patient, au parcours patient et de faire en sorte que le patient se retrouve dans sa prise en charge sur le territoire.

Relance de l'animateur

P6 : Oui moi je disais l'avantage d'une CPTS c'est que ça permet aussi d'intégrer tous les modes d'exercice, aussi bien le professionnel de santé qui est isolé que le professionnel de santé qui est regroupé, qui est en maison de santé et de façon peut-être moins formalisée ou peut-être de façon plus facile puisqu'il suffit d'adhérer à la CPTS contrairement à une maison de santé où il va falloir intégrer une SISA, où on va se retrouver un peu pieds et mains liés… »

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des solidarités et de la santé. DREES. Les dépense de santé en 2019. Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge. Edition 2020. [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/9%20Comparaisons%20internationales%20de%20la%20dépense%20courante%20de%20santé%20et%20du%20reste%20à%20charge.pdf
2. DREES. Les établissements de santé. La médecine d'urgence. Edition 2018. [Internet]. [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/27-7.pdf
3. Fragonard MB. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE [Internet]. 2004 janv [cité 30 nov 2021] p. 482. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/044000031.pdf
4. FAUCHIER-MAGNAN E, WALLON V. Déploiement des communautés professionnelles Territoriales de Santé. Appui à la DGOS. [Internet]. 2018 août [cité 26 nov 2021]. Report No.: 2018-041R. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf
5. Dossier de presse.Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
6. Instruction n°DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41637
7. URPS ML Occitanie. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé. Fiche technique. [Internet]. 2019 [cité 12 déc 2020]. Disponible sur: https://www.guichet-cpts-occitanie.org/wp-content/uploads/2019/06/Guichet-Unique-CPTS-Fiche-technique.pdf
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019 [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/81jwNZoh5UPXopy_5JLrntoSRuAdkFvSJtWKJebKU24=/JOE_TEXTE

9. Imbaud C, Garassus P, André J-M, Langevin F. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne: les Medizinische Versorgungszentren. 2016;28:555-68.
10. OMS. Déclaration d'Alma-Ata. [Internet]. 1978 [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf
11. Structuration du système de santé – Collège de la Médecine Générale. Manifeste pour un système de santé organisé. [Internet]. 2019 [cité 6 déc 2021]. Disponible sur: https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/Manifeste-pour-un-système-de-sante-organise-2019.pdf
12. Ma Santé 2022. Un engagement collectif. Dossier de presse. [Internet]. 2018 [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
13. ARS. Ma santé 2022: décloisonnement et réorganisation des soins. [Internet]. [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins
14. Diagnostic local de santé du Coeur d'Hérault 2017-2018 [Internet]. 2018 [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: https://fr.calameo.com/read/00194023323e4bad20faf?page=5
15. Guide pratique.Construire une CPTS. 2 ème édition. [Internet]. 2019 [cité 26 nov 2021]. Disponible sur: https://www.femasif.fr/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/guide-cpts-pages.pdf
16. Présentation de la Commission Santé du Coeur d'Hérault [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: https://www.coeur-herault.fr/sante/commission-sante/presentation-de-la-commission-sante-du-coeur-dherault
17. CPTS Centre Hérault. Présentation du projet. Réunion du 08/03/2019.
18. DGOS. Synthèse d'expériences de CPTS pendant l'épidémie COVID 19. 2020.
19. Augros S. Ministère des Solidarités et de la Santé. S'engager dans une CPTS : clefs et enjeux pour les centres de santé [Internet]. 2020 [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: https://www.fncs.org/sites/default/files/Diaporama_DGOS_Seminaire_CPTS_18sept2020.pdf
20. Dr Touboul P. Recherche qualitative: La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. [Internet]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
21. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.

22. MARTY L, Vorilhon P, Vaillant-Roussel H, Bernard P, Raineau C, Cambon B. Recherche qualitative en médecine générale: expérimenter le focus group. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2011;22(98):129-35.
23. Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. :3.
24. Falcoff H, Gasse A-L, Berraho-Bundhoo Y, Dubois S. Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris. Regards. 2019;N°56(2):93.
25. Retour d'expérience des CPTS Marseille et Alentours sur la crise covid. [Internet]. [cité 25 nov 2021]. Disponible sur: https://www.pratic-sante.fr/IMG/pdf/retex_cpts_marseille_et_alentours_sur_la_crise_covid_1_-2.pdf
26. Gautier S. Les conditions de l'action collective dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé: une approche qualitative exploratoire. Paris Est Créteil; 2019.
27. Gilbert M. Les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé: étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse). 2020;95.
28. Chabot J-M. Qu'est ce qu'un assistant médical? Rev Prat. 20 mars 2019;69(3):251-2.
29. Lenepveu C. Connaissez-vous ASALEE? Rev Prat Médecine Générale. 30 nov 2017;31(990):806.
30. Merchier M. Comment créer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en milieu rural: questions méthodiques et conceptuelles à partir d'une enquète auprès des acteurs. [Internet]. Clermont Auvergne; 2019 [cité 18 juill 2021]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02484366/document
31. Rouzé A. Comment faciliter la coordination entre professionnels de santé de ville et hospitaliers? [Internet]. https://www.entractes.fr. 2021 [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: https://www.entractes.fr/coordination-professionnels-de-sante-ville-et-hospitaliers/
32. Espace vie: les libéraux sur le front. 8 juin 2020 [cité 6 déc 2021]; Disponible sur: https://www.corbeil-essonnes.fr/actualites/espace-vie-les-liberaux-sur-le-front/
33. DREES. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. [Internet]. 2020 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Augmentation des pathologies chroniques et complexification du parcours patient, explosion démographique, désertification médicale ou encore réduction du temps médical sont autant de facteurs qui ont contribué à la désorganisation de notre système de santé qui s'est tourné vers l'hôpital. Un exercice coordonné et pluriprofessionnel de la médecine au sein de structures adéquates semble être nécessaires pour redonner une place centrale aux soins primaires et améliorer le parcours du patient et la qualité des soins.
L'objectif principal de cette étude est d'analyser les bénéfices de l'exercice coordonné de la CPTS Centre Hérault pendant la première vague de la crise sanitaire.
L'objectif secondaire est, au contraire, d'évaluer les inconvénients d'une gestion en soins coordonnés.
Matériel et méthode : Etude qualitative avec entretiens réalisés sous la forme de focus group. Trois FG ont été réalisés entre Février et Juin 2021 et ont réuni 23 participants au total. Les entretiens ont été retranscrits en verbatims puis analysés de façon thématique.
Résultats : A travers les trois FG on retrouve à plusieurs reprises le rôle fédérateur de la CPTS qui se révèle sous la forme de l'interprofessionnalité avec une amélioration de la communication dans tous les secteurs. Ce rôle fédérateur abouti tout simplement à une meilleure cohésion des professionnels de santé et des administratifs.
Un autre rôle prépondérant est celui de catalyseur aussi bien dans la coordination, la communication, les décisions que l'information. Son rôle de soutien, spécifiquement de soutien psychologique semble très apprécié des soignants. La mutualisation des connaissances grâce aux moyens modernes de communication a joué un rôle majeur dans la lutte contre un virus méconnu.
Exercer à plusieurs n'est pas dénué d'inconvénients. Le principal d'entre eux est l'aspect chronophage des nombreuses réunions qui sont organisées par la CPTS. Les autres freins sont surtout administratifs et relationnels.
Conclusion : L'exercice coordonné à l'échelon supérieur à la MSP, représenté par les CPTS, semble être une solution possible pour recentrer notre système de santé sur les soins primaires. La crise sanitaire a montré qu'un exercice coordonné, pluriprofessionnel et articulé entre les différentes spécialités pouvait améliorer la qualité des soins.
Mots cléfs : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé **(**CPTS), exercice coordonné, soins primaires, modernisation santé, loi santé, crise covid.