

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Accès aux consultations de médecine générale programmées ou non, sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Opale Sud.

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2022 à 14h00
au Pôle Formation
par **Pierre MORIEUX**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Louis MERLIN

Monsieur le Docteur Simon ULIVI

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ALD	Affection Longue Durée
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FNPS	Fédération Nationale de la Presse d'Information Spécialisée
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MG	Médecin Généraliste
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MT	Médecin Traitant
NPDC	Nord-Pas-de-Calais
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
SAS	Service d'Accès aux Soins
SNP	Soins Non Programmés
VAD	Visite à domicile
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZAR	Zone d'Accompagnement Régional
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
Définitions et contexte historique des CPTS	2
1.1. Création des CPTS	2
1.2. Objectifs des CPTS	2
Mission : améliorer l'accès aux soins	3
2.1. Accès à un médecin traitant en France	3
2.1.1. Etat des lieux en France	3
2.1.2. Freins, leviers et mesures incitatives à l'installation des MG	4
2.1.3. Mission de la CPTS en 2 étapes	5
2.2. Prise en charge des soins non programmés	5
2.2.1. Définition	5
2.2.2. Prise en charge déclarée des SNP par les MG français	5
2.2.3. Protocoles nationaux de délégation des SNP en été 2022	5
2.2.4. Mission de la CPTS pour les SNP : cas de la CPTS Opale Sud	6
Contexte historique de la CPTS Opale Sud	6
3.1. CPTS Opale Sud : création et population	6
3.2. CPTS Opale Sud : professionnels de santé sur le territoire, professionnels de santé membres de la CPTS	7
3.3. Cas particulier de la CPTS Opale Sud : faible densité de médecins généralistes, territoire défavorisé	7
Objectifs de la CPTS Opale Sud	7
Objectifs d'étude	8
Matériels et méthodes	9
Type d'étude	9
Recrutement	9
Entretien	9
Analyse des données	10
Résultats	11
Description de la population	11
Evolution du temps médical disponible (démographie médicale, retraite et quantification du temps de travail)	14
2.1. Âge des répondeurs par commune et départs en retraite prévus	14
2.2. Temps de travail par semaine et dans l'année	16

2.3. Patientèle	17
2.3.1. Nombre de patients déclarés en médecin traitant (Ameli Pro)	17
2.3.2 Nombre d'actes réalisés en 2020 (RIAP ou logiciel de comptabilité)	18
Gestion des demandes de soins programmés et non programmés dans la CPTS Opale Sud	18
3.1. Soins programmés : acceptation de nouveaux patients (cabinet et visite à domicile)	18
3.1.1. Au cabinet	18
3.1.2. En visite à domicile	19
3.2. Gestion des SNP	19
Compétences particulières et gestes pratiqués par les MG de la CPTS Opale Sud	20
4.1. Accueil d'étudiants	20
4.2. Gestes pratiques réalisés	21
4.3. Compétences particulières pour une activité de formation au sein de la CPTS	21
Discussion	23
Résultats principaux	23
Comparaison à la littérature	24
Forces et limites	26
Perspectives	27
Conclusion	29
Références bibliographiques	30
Annexes	33
Annexe 1 : Synthèse des principes clés des CPTS	33
Annexe 2 : Densité médicale à l'horizon 2025	34
Annexe 3 : Densité médicale (généralistes) en France en 2016 selon l'APL	35
Annexe 4 : Aides financières à l'installation du médecin généraliste selon le zonage ARS	36
Annexe 5 : Organisation individuelle des MG pour faire face aux demandes de SNP	37
Annexe 6 : Protocole de prise en charge des soins non programmés dans la CPTS Opale Sud (source thèse Dr Dubois Lucas)	38
Annexe 7 : Définition du territoire de la CPTS Opale Sud	39
Annexe 8 : Listes des communes et nombre d'habitants par commune selon l'INSEE	40
Annexe 9 : Les différents professionnels de santé selon leur ville.	41
Annexe 10 : Zonage ARS Hauts de France en 2022	42
Annexe 11 : Questionnaire pour les médecins généralistes de la CPTS Opale Sud.	43
Annexe 12 : Répartition des MSP en France en 2021	56
Annexe 13 : Modalité de réorientation des patients impossibles à recevoir le jour même ou le lendemain. (Source DREES)	58

RESUME

Introduction : La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a créé les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Ces CPTS doivent s'organiser en identifiant les personnes ressources selon leurs compétences et justifier leur présence par la création d'indicateurs selon divers objectifs de santé. L'accès aux soins est leur mission première et s'organise autour de l'accès pour tous à un médecin traitant ainsi que la prise en charge des soins non programmés (SNP). La CPTS Opale Sud est créée en janvier 2020 sur le territoire, et tente de s'organiser pour subvenir aux besoins de santé de la population. Les objectifs principaux de cette étude étaient de faire un état des lieux concernant l'accès aux soins sur le territoire : évolution du temps médical disponible (départs en retraite, projets de succession, etc.), acceptation de nouveaux patients, gestion des SNP, compétences particulières et gestes pratiqués par les MG.

Matériel et méthode : Nous avons contacté les 48 MG de la CPTS Opale Sud entre juin 2021 à juin 2022, afin de convenir d'un entretien physique ou téléphonique. Les comparaisons ont été réalisées avec le test exact de Fisher.

Résultats : Parmi les 48 MG de la CPTS Opale Sud, 30 ont répondu, âgés de 46 ans en moyenne, suivant 924 patients en moyenne.

En 5 ans, 7 départs en retraite étaient prévus, dont 1 seul remplacé par un médecin déjà installé ailleurs (et 6 départs avant fin 2025). Les MG partant en retraite dans les 5 ans travaillaient en moyenne 0,7 jour de plus que les autres (5 versus 4,3 jours, $p = 0,047$). Les MG de la CPTS Opale Sud prennent en médiane 6 semaines de vacances par an et 20 % d'entre eux sont toujours remplacés. Concernant l'accès à un médecin traitant, 40 % des MG disaient accepter de nouveaux patients au cabinet quelles que soient les conditions, et 10 % disaient accepter de nouvelles visites à domicile quelles que soient les conditions. Concernant les SNP, 27 % des MG interrogés disaient accepter des SNP de tous patients (hors patientèle médecin traitant et patientèle des associés) et 2 tiers d'entre eux accepteraient une gestion collective des SNP. Les principaux gestes techniques réalisés étaient les gestes gynécologiques (frottis, implant et/ou dispositif intra-utérin) pour 15 MG, les ECG pour 11 MG et la spirométrie pour 8 MG.

Conclusion : D'ici fin 2025, une baisse de la démographie médicale est à prévoir sur le territoire. Nous avons pu identifier les différentes compétences et actes selon les MG, ce qui pourrait permettre une meilleure coordination entre professionnels de la santé et améliorer les prises en charge des patients de la zone.

INTRODUCTION

1. Définitions et contexte historique des CPTS

1.1. Création des CPTS

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé a créé les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (1). Les CPTS sont créées sur l'initiative des professionnels de santé de ville (2), qui souhaitent s'organiser sur leur territoire (3).

1.2. Objectifs des CPTS

L'objectif des CPTS est d'améliorer la coordination entre les professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que leurs actions respectives sur leur territoire, en essayant de donner une réponse adéquate quant aux problématiques propres à la population de ce territoire (4)(5). Les CPTS doivent également permettre d'améliorer et mieux structurer le parcours de soins (6). La loi "Ma santé 2022" s'articule autour de ces CPTS et promeut le lien entre les hôpitaux et les acteurs de santé libéraux pour faciliter les parcours de soins (7)(8). Les CPTS signent un contrat tripartite avec l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie après rédaction par les professionnels de santé d'un projet de santé.

La signature de ces contrats implique que les CPTS sont missionnées sur plusieurs axes principaux (9) (**Annexe 1**) :

- Améliorer l'accès aux soins
- Organiser le parcours de soins pluriprofessionnels
- Mener et instaurer des actions de préventions
- Gérer les situations dites de crises (par exemple la pandémie de COVID-19 à partir de mars 2020).

Selon l'URPS, les CPTS permettraient aux médecins généralistes libéraux

d'améliorer la connaissance de ressources et des différents acteurs paramédicaux au sein de la CPTS, la complémentarité entre professionnels, la découverte des différents champs d'action et pratiques des professionnels, la réponse adaptée et coordonnée quant aux besoins de santé du territoire (3).

Enfin, l'intégration à une CPTS fait partie des objectifs de santé publique menant à rémunération forfaitaire des professionnels de santé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

2. Mission : améliorer l'accès aux soins

L'accès aux soins peut se diviser en deux parties : l'accès à un médecin traitant (suivi longitudinal, coordination des soins, prévention et dépistage, etc.) et l'accès à un soignant pour des soins non programmés (SNP).

2.1. Accès à un médecin traitant en France

2.1.1. Etat des lieux en France

La démographie médicale est en perpétuelle évolution, avec actuellement un creux lié à une mauvaise anticipation des départs en retraite de médecins issus de la génération "baby-boom", avec un *numerus clausus* et des moyens de formation insuffisants pendant plusieurs décennies (10). Une modification de la politique de l'accès à la formation en santé est entrée en vigueur depuis la loi de 2019 en supprimant le *numerus clausus*, sans toutefois étendre les capacités d'accueil des facultés en matière de locaux ou d'enseignants : le nombre d'étudiants reste limité (sous l'appellation de *numerus apertus*) et le délai de formation ne permettra pas de modifier les perspectives démographiques pour le creux actuel (11).

En France, depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a stagné passant de 101 900 à 102 900. La part de libéraux exerçant une activité exclusive de remplaçant a légèrement augmenté de 4,7 % à 5,7 % (12).

En France, la densité de MG est estimée autour de 150 par 100 000 habitants (selon l'inclusion ou non des MG remplaçants) (13). Dans le Nord-Pas-de-Calais, la densité moyenne est de 151 ; dans le Pas-de-Calais elle est de 136 pour 100 000 habitants (14). D'ici à 2025, la densité va continuer à diminuer (**Annexe 2**).

Début 2022, 11 % des patients de plus de 17 ans n'avaient pas ou plus de médecin traitant (MT), soit environ 6 millions de personnes, dont 57 % d'hommes.

Parmi eux, 620 000 personnes sont en ALD avec difficultés pour trouver un MT (15).

Un indicateur a été créé pour mesurer l'accès aux soins selon les demandes des patients sur une zone donnée, et cibler les disparités sur un territoire donné : l'Accessibilité potentielle localisée (APL) (16) (**Annexe 3**).

2.1.2. Freins, leviers et mesures incitatives à l'installation des MG

Environ 30 % des internes de MG s'installent en libéral (17). Les freins à l'installation des jeunes MG sont bien connus et concernent principalement la charge administrative, le temps de travail, la crainte d'une diminution de qualité de vie ainsi que les services publics à proximité (écoles, travail pour le conjoint, etc.) (18–21).

En 2018, pour lutter contre la désertification, l'ARS a créé un zonage fondé sur l'identification des territoires où l'accès aux médecins est le plus préoccupant. Il est réalisé à partir de l'APL sus-mentionnée, qui prend en compte l'activité des médecins généralistes, le temps d'accès au praticien, et la consommation de soin selon la classe d'âge (22).

Ce zonage est divisé en 3 catégories pour graduer les aides allouées : Zones d'intervention prioritaire (ZIP), Zones d'actions complémentaires (ZAC), et les Zones d'accompagnement régional (ZAR) — cette troisième catégorie étant créée spécifiquement par l'ARS Hauts-de-France (23). Dans les Hauts-de-France, il a été révisé en 2022 : ainsi, 72,4 % de la population de la région est dans une zone à "accès aux médecins préoccupant" (64,8 % précédemment) (22).

De nombreuses aides sont actuellement proposées ; ainsi, l'ARS Hauts-de-France propose le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) ou le Contrat Régional d'Aide à l'Installation des Médecins (CRAI) pour faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité en ZIP ou en ZAR/ZAC respectivement, le Contrat de Début d'Exercice (CDE) ou le Contrat Régional de Médecine Générale (CRMG) pour compléter la rémunération et financer le début d'exercice en ZIP/ZAC ou ZAR respectivement, voire le Contrat de Solidarité Territorial des Médecins (CSTM) pour aider à l'activité et aux déplacements en ZIP (**Annexe 4**).

Il a été démontré à l'internationale et en France que ces incitations financières ne sont pas un critère déterminant dans le choix de l'installation (21,24,25).

2.1.3. Mission de la CPTS en 2 étapes

Les CPTS ont pour mission d'améliorer l'accès aux soins à l'échelon du maillage territorial (3). Plusieurs étapes s'articulent autour de cette sous-mission "accès à un médecin traitant" : la première est de recenser d'une part les patients sans MT et d'autre part les médecins généralistes qui acceptent encore de nouveaux patients ; la deuxième est de déterminer les patients les plus à risques (CSS ; AME ; ALD ; plus de 70 ans...) pour ensuite les orienter en priorité vers un médecin acceptant de devenir leur MT.

Tous les professionnels de santé de la CPTS doivent pouvoir communiquer entre eux et aussi avec la population locale.

2.2. Prise en charge des soins non programmés

2.2.1. Définition

Les soins non programmés (SNP) sont "une urgence ressentie mais ne relevant pas, a priori, médicalement de l'urgence immédiate et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences " (26). Il s'agit d'un besoin lié à un problème de santé qui ne relève pas de l'urgence vitale mais dont la prise en charge ne peut être ni anticipée, ni trop retardée. Une autre définition est la "demande de consultation, quel qu'en soit le motif, pour le jour même ou le lendemain, adressées aux médecins généralistes pendant les horaires d'ouverture de leurs cabinets" (27).

A notre connaissance, il n'existe pas de liste définie des symptômes ou diagnostics associés aux SNP.

2.2.2. Prise en charge déclarée des SNP par les MG français

La demande de SNP est en continuelle augmentation, du fait de l'accentuation de la demande liée au changement des habitudes de consommation de la population générale ainsi qu'à la modification de l'offre de soins (28).

En France, pour un MG sur quatre, les demandes de SNP représentent 30 % de leur activité libérale. Huit MG sur 10 disent organiser leur emploi du temps pour faire face à ces demandes croissantes, et 45 % disent prendre en charge au moins la moitié de ces demandes (27) (**Annexe 5**).

2.2.3. Protocoles nationaux de délégation des SNP en été 2022

A l'été 2022, 6 protocoles de coopération SNP ont été autorisés en structure

pluriprofessionnelle avec une délégation de tâches aux kinésithérapeutes (torsion de cheville, douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines), ou aux infirmiers et pharmaciens (renouvellement de traitement de rhinoconjonctivite allergique pour les patients de 15 à 50 ans, pollakiurie et brûlures mictionnelles chez les femmes de 16 à 65 ans, odynophagie, éruption vésiculeuse prurigineuse chez l'enfant de 1 à 12 ans). Le référent de l'équipe de CPTS souhaitant mettre en place ces protocoles nationaux devait remplir le document unique de déclaration d'équipe (arrêté du 11 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire), et s'engager à transmettre sans délai à l'ARS et au comité national des coopérations interprofessionnelles tout événement indésirable lors de l'utilisation de ces protocoles. Ces protocoles ont été suspendus au 1er octobre 2022 (29).

2.2.4. Mission de la CPTS pour les SNP : cas de la CPTS Opale Sud

Dans la mission de l'accès aux soins, outre l'accès à un MT, il est demandé aux acteurs des CPTS de pouvoir répondre à la demande croissante des SNP, dans un délai de 24 à 48 heures (hors urgence).

En effet, il faut recenser l'offre préexistante sur le territoire (selon les caractéristiques de la population), pouvoir proposer une solution avec les moyens mis à disposition, et pouvoir communiquer entre professionnels de santé de la CPTS et avec le grand public pour faire connaître ces solutions.

Sur le territoire de la CPTS Opale sud, un travail a été réalisé sur les SNP, proposant un protocole de prise en charge des SNP (**Annexe 6**).

3. Contexte historique de la CPTS Opale Sud

3.1. CPTS Opale Sud : création et population

Créée le 18 janvier 2020, la CPTS Opale Sud regroupe les professionnels de santé des 16 communes suivantes (par ordre alphabétique) : Condette (2 574 habitants), Dannes (1 350 habitants), Echinghen (393 habitants), Équihehen-Plage (2 697 habitants), Halinghen (319 habitants), Hesdigneul-lès-Boulogne (740 habitants), Hesdin L'Abbé (1 930 habitants), Isques (1 181 habitants), Nesles (1 037 habitants), Neufchâtel-Hardelot (3 817 habitants), Outreau (13 548 habitants), Le

Portel (9 185 habitants), Saint-Etienne-au-Mont & Ecault (5 195 habitants), Saint-Léonard (3 462 habitants), Verlincthun (487 habitants) et Widehem (244 habitants) (**Annexe 7**).

Selon l'INSEE en 2019, le bassin couvert par la CPTS Opale Sud regroupe ainsi 48 159 habitants (30).

3.2. CPTS Opale Sud : professionnels de santé sur le territoire, professionnels de santé membres de la CPTS

Selon l'URPS, en janvier 2020, 247 professionnels de santé libéraux y exercent leur activité ; au 31 décembre 2021, 70 étaient membres de la CPTS (31) (**Annexe 8**).

Parmi les 247 professionnels de santé libéraux exerçant sur le territoire de la CPTS Opale Sud, il y a 83 infirmiers, 55 médecins généralistes, 45 kinésithérapeutes, 19 pharmaciens d'officine et 2 médecins spécialistes (**Annexe 9**). Sur le secteur exercent également des orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, dentistes, orthodontiste, assistantes sociales, podologues-pédicures, ergothérapeutes, diététiciennes, professeurs d'activité physique adaptée...

3.3. Cas particulier de la CPTS Opale Sud : faible densité de médecins généralistes, territoire défavorisé

En 2022, l'ARS ("CartoSanté") recense sur le territoire de la CPTS Opale Sud 52 médecins généralistes, avec un âge médian à 55 ans. Au total, la densité moyenne y est de 109 MG pour 100 000 habitants (contre 150 en France ou 136 dans le Pas-de-Calais) (13).

Par ailleurs, il est montré que l'accès aux soins est d'autant plus compliqué que la situation sociale du patient est précaire (32) ; or, la CPTS Opale Sud est sur un territoire défavorisé, avec des indices défavorables tels que l'EDI ou le FDep (33–35).

4. Objectifs de la CPTS Opale Sud

Comme nous l'avons vu, les ARS définissent un zonage des territoires prioritaires et les CPTS ont notamment pour mission d'améliorer l'accès aux soins (accès à un MT, accès à des SNP) et de mieux organiser le parcours de soins pluriprofessionnels en fonction des compétences de chacun.

La CNAM et l'ARS dressent des cartes de zones prioritaires (**Annexe 10**) à partir de données prévisionnelles, mais en méconnaissant la réalité des départs en retraite, à des dates inconnues.

Concernant l'accès et l'organisation des soins primaires par les CPTS, il n'existe pas de ressources d'information collectées sur le territoire de la CPTS Opale Sud concernant l'accès à un MT ou l'accès aux SNP, en raison de pratiques personnelles variables.

Les CPTS doivent s'organiser en identifiant les personnes ressources selon leurs compétences. Or, il n'existe pas non plus de répertoire des compétences des différents médecins généralistes sur le territoire de la CPTS Opale Sud.

5. Objectifs d'étude

Notre travail a donc pour but de répondre aux questions suivantes :

- Comment va évoluer le temps médical disponible au niveau de la CPTS Opale Sud ? (dates prévues de départ en retraite, projets de successions, etc.)
- Comment les MG gèrent-ils les demandes de soins programmés (acceptation de nouveaux patients en médecin traitant, au cabinet et en visite à domicile) et les demandes SNP dans la CPTS Opale Sud ?
- Quelles sont les compétences particulières et gestes pratiqués par les médecins généralistes de la CPTS Opale Sud ?

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale observationnelle.

Nous avons créé un questionnaire validé par le bureau de la CPTS Opale Sud, notamment la coordinatrice de la CPTS Opale Sud, Ingrid Gebka, et le vice-président de la CPTS, Dr Louis Merlin (**Annexe 11**).

2. Recrutement

Tous les MG de la CPTS Opale Sud ont été recrutés de juin 2021 à juin 2022, à partir des données de la CPAM Côte d'Opale. Nous leur avons adressé un courrier électronique puis si besoin un appel téléphonique.

En cas d'accord, les médecins étaient rencontrés à leur cabinet pour un entretien physique, ou à défaut par entretien téléphonique.

En absence de réponse, chaque MG a reçu 2 relances par mail et téléphone.

3. Entretien

Les données recueillies, lors d'un entretien physique ou téléphonique, concernaient la démographie, les compétences particulières, la gestion de l'accès aux SNP par le médecin ou son secrétariat, les pratiques des MG, des questions sur leur activité, leur emploi du temps.

Toutes les questions ont été posées, quel que soit l'âge du médecin (y compris les questions concernant la retraite), afin de ne pas choisir un seuil arbitraire.

Le type de secrétariat pouvait être sur place (secrétariat physique), par télésecrétariat (service externalisé de secrétariat téléphonique), logiciel informatique avec prise de rendez-vous possible en autonomie par les patients (Doctolib, Maiia ou

équivalent). Certains MG pouvaient également répondre seul à leur téléphone.

Le nombre de patients ayant eu une déclaration MT par le MG a été récupéré selon les chiffres donnés par le Portail AmeliPro de chaque MG afin d'assurer une bonne qualité de cette variable. Le nombre de patients vus en 2020 a été récupéré dans le relevé individuel d'activité et de prescription ou le logiciel de comptabilité des MG interrogés.

4. Analyse des données

Les variables quantitatives sont présentées sous forme de médiane et intervalle interquartile, ou moyenne avec écart-type (parfois représenté avec le symbole \pm). Les variables qualitatives sont présentées en nombre (%). Les tests bivariés ont été réalisés avec le test exact de Fisher avec un seuil de significativité à 5 %.

RESULTATS

1. Description de la population

Nous avons identifié 48 médecins généralistes exerçant sur la zone de la CPTS Opale Sud. Tous ont été contactés : 30 ont répondu au questionnaire, 1 n'a pas souhaité répondre, et 17 n'ont pas répondu (**Figure 1**).

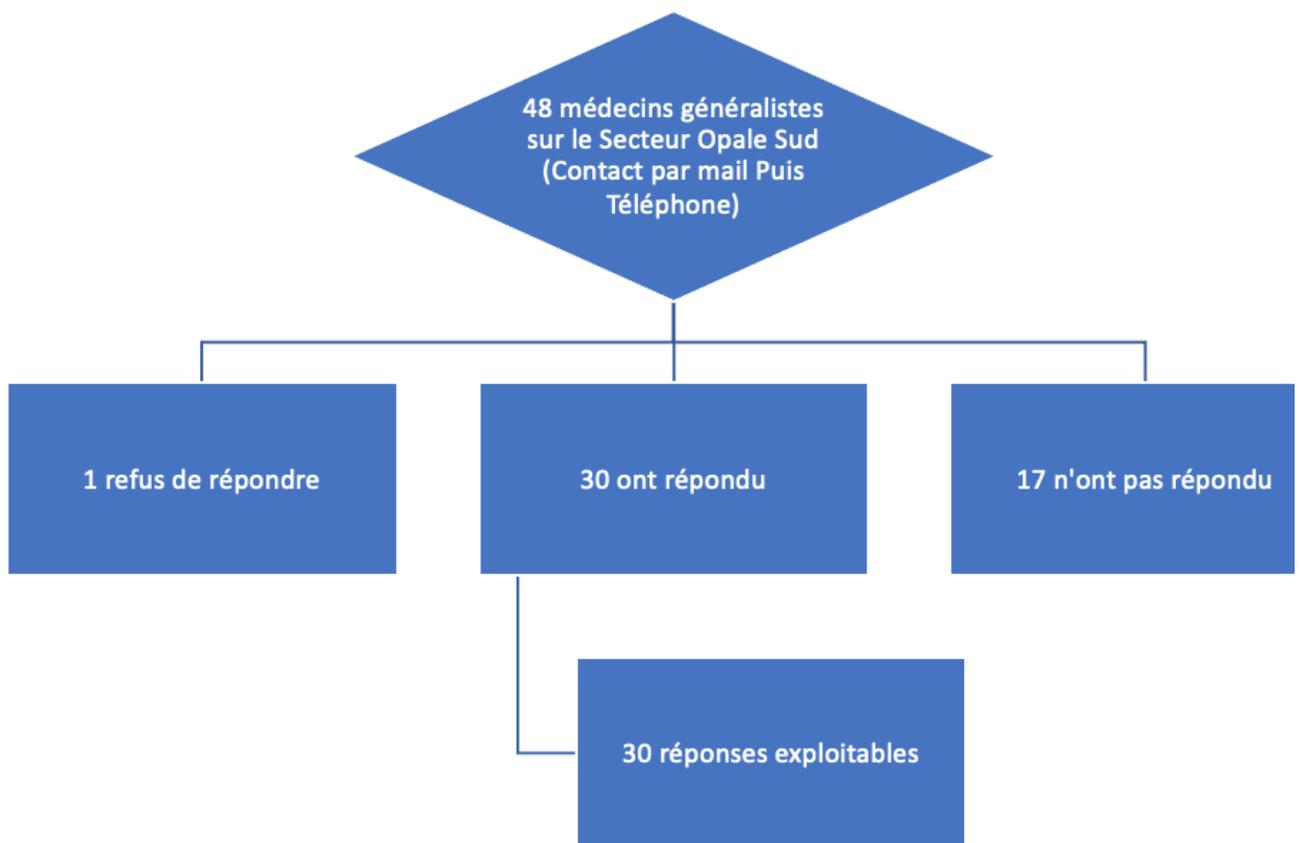


Figure 1. Diagramme de flux de la population étudiée

Les caractéristiques des MG répondants sont résumées dans le **Tableau 1**.

Leur âge médian était de 49 ans (Q1 : 32 ans, Q3 : 56 ans), avec un âge médian à l'installation de 29 ans (Q1 : 29 ans ; Q3 : 32 ans). En médiane, ils étaient installés depuis 12 ans (Q1 : 2 ans ; Q3 : 25 ans), en faveur d'une bonne dynamique récente d'installation sur le territoire.

Tableau 1. Caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire

Caractéristiques	Valeurs
Sexe masculin : n (%)	19 (63 %)
Sexe féminin : n (%)	11 (37 %)
Age moyen (écart-type)	46 (13)
Age moyen à l'installation (écart-type)	31 (4)
Nombre d'années d'installation	14 (13)
Secrétariat : n (%)	
Aucun	0 (0 %)
Informatique (Doctolib, etc.)	21 (70 %)
Secrétariat téléphonique externalisé	25 (83 %)
Secrétariat sur place	16 (53 %)
Mode d'exercice (%)	
Seul	6 (20 %)
Collaboration	15 (50 %)
MSP	9 (30 %)
Nombre moyen de patients (écart-type)	924 (494)

Concernant le secrétariat, 11 médecins avaient les 3 (secrétariat physique, télésecrétariat externalisé et informatique), 6 avaient un secrétariat physique et télésecrétariat (sans outil informatique), 6 avaient un secrétariat téléphonique et informatique (sans secrétariat physique), 3 avaient un secrétariat informatique seul, et 2 un télésecrétariat seul (**Figure 2**).

Sur les 30 MG, 23 déclaraient être joignables sur leur portable sur des horaires élargies par les pharmaciens ou les infirmiers disposant du numéro.

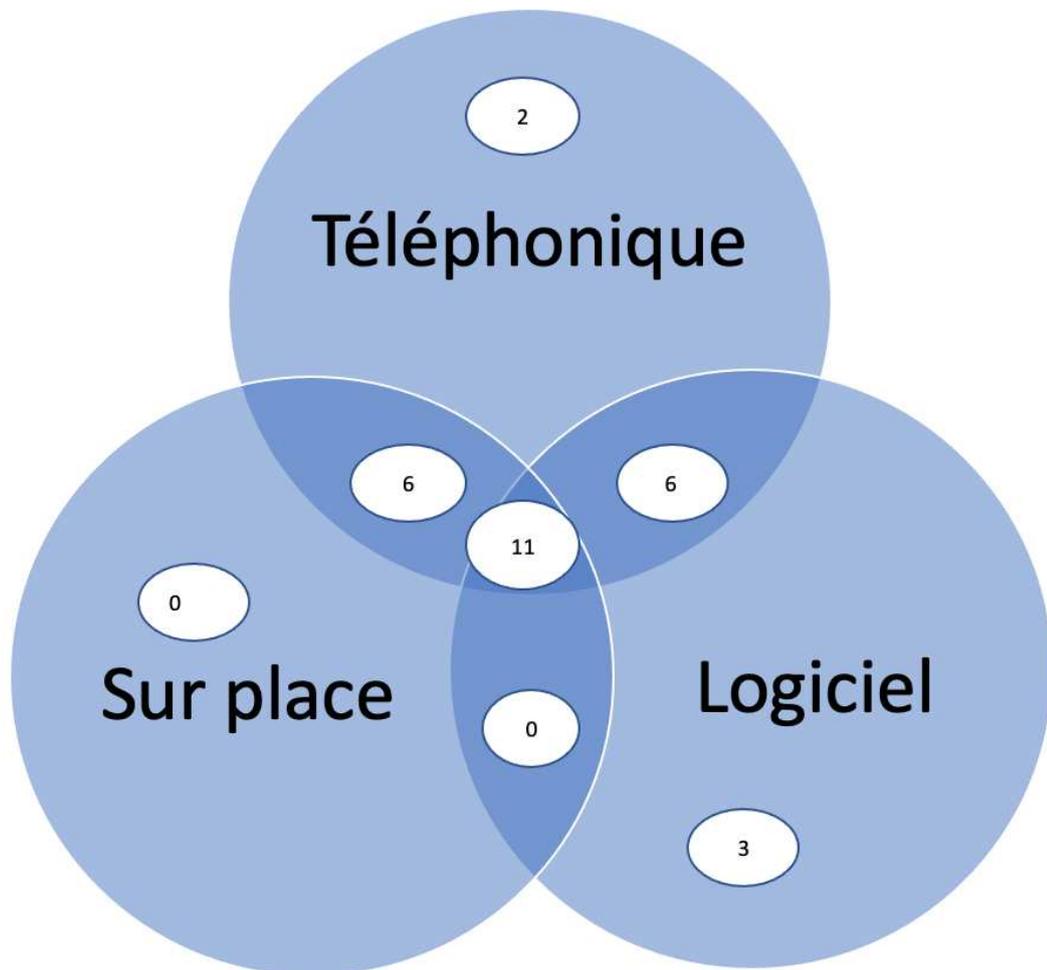


Figure 2. Diagramme de Venn du recours aux secrétariats par tiers au sein des MG de la CPTS Opale Sud

2. Evolution du temps médical disponible (démographie médicale, retraite et quantification du temps de travail)

Pour répondre à la question du temps médical disponible actuellement et à venir sur le territoire de la CPTS Opale Sud, nous avons interrogé les répondeurs sur leur départ en retraite, sur le nombre de semaines travaillées par an et le nombre de jours travaillés par semaine.

2.1. Âge des répondeurs par commune et départs en retraite prévus

Parmi les 30 MG ayant répondu, la moitié exerçaient dans les deux communes les plus peuplées (9 à Outreau et 6 au Portel) (**Tableau 2**).

Tableau 2. Nombre de MG répondeurs par ville et âge moyen

Ville d'exercice	Nombre de MG et âge moyen
Condette	3
→ Age moyen (écart-type)	47 ans (13)
Ecault	2
→ Age moyen (écart-type)	59 ans (13)
Equihen	2
→ Age moyen (écart-type)	48 ans (2)
Le Portel	6
→ Age moyen (écart-type)	48 ans (14)
Neufchâtel-Hardelot	4
→ Age moyen (écart-type)	44 ans (18)
Outreau	9
→ Age moyen (écart-type)	46 ans (15)
Saint Etienne au Mont	2

→ Age moyen (écart-type)	30 ans (0)
Saint Léonard	2
→ Age moyen (écart-type)	42 ans (13)

Nous avons interrogé les 30 MG sur leur date de départ en retraite prévue. Parmi eux, 20 ont répondu dont 7 partiront en retraite dans 5 ans : 3 MSU en MSP à Outreau, 2 à Le Portel (1 en exercice seul et 1 en collaboration — les deux ayant accueilli des étudiants mais n'en accueillant plus), 1 en collaboration à Equihen, 1 en collaboration à Neufchâtel-Hardelot (**Figure 3**).

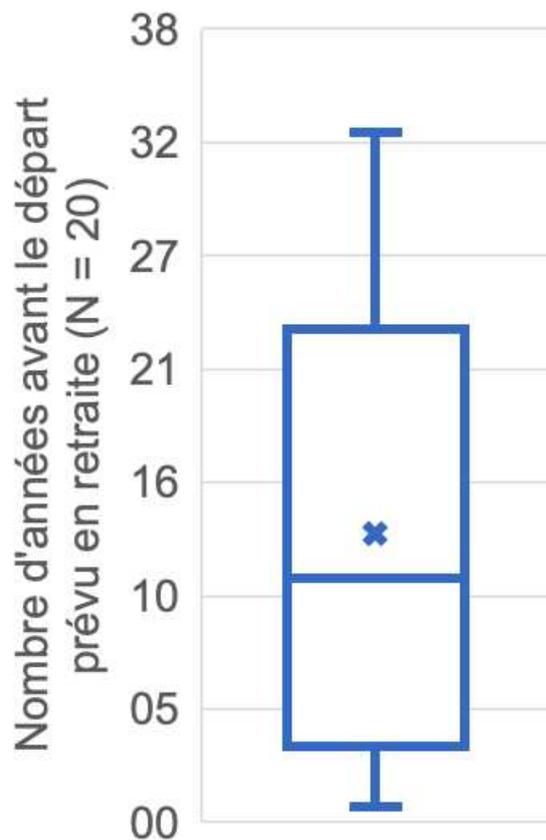


Figure 3. Nombre d'années avant le départ prévu en retraite (N = 20)

Parmi les 7 futurs retraités sous 5 ans, 1 (en MSP à Outreau) a un remplaçant prévu, déjà installé par ailleurs ; 4 n'en ont pas trouvé malgré une recherche et 2 ne se sentent pas (encore) concernés. Les 6 n'ayant pas de remplaçants ont répondu "oui" à la question "souhaiteriez-vous une aide de la CPTS pour trouver un successeur ?"

2.2. Temps de travail par semaine et dans l'année

Le temps de travail moyen dans l'année était de 45,8 semaines (écart-type 1,8 jour) avec une médiane à 46 semaines (Q1 : 45 semaines ; Q3 : 47 semaines) — correspondant donc à 6 semaines de vacances par an. Pendant les vacances, 11 MG (37 %) n'avaient jamais de remplaçant, avec le même nombre de congés annuels que les MG remplacés (**Tableau 3**). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative de nombre de semaines de congés par an entre les sous-groupes "retraite avant 5 ans" et "retraite après 5 ans" ($p = 0,98$).

Le temps de travail moyen était de 4,5 jours par semaine (écart-type 0,7 jour), avec une médiane à 4,5 jours (Q1 : 4 jours ; Q3 : 5 jours) (**Tableau 3**). En moyenne, les MG partant en retraite dans 5 ans travaillaient 5 jours par semaine (écart-type : 0,5 jour) versus 4,3 jours par semaine (écart-type : 0,9 jour) pour les MG partant en retraite après 5 ans ($p = 0,047$) (**Figure 4**).

Tableau 3. Temps de travail des MG de la CPTS Opale Sud

Semaines de congés	n (%)
Nombre de semaines de congés par an	
4 semaines ou moins	4 (13 %)
5 à 7 semaines	18 (60 %)
8 semaines et plus	11 (37 %)
Remplaçant si absence	
Toujours	6 (20 %)
Intermittent	13 (43 %)
Jamais	11 (37 %)
Nombre de jours travaillés par semaine	
Moins de 3	0 (0 %)
3	2 (7 %)
4	8 (27 %)
Entre 4 et 5	15 (50 %)
Plus de 5	5 (16 %)

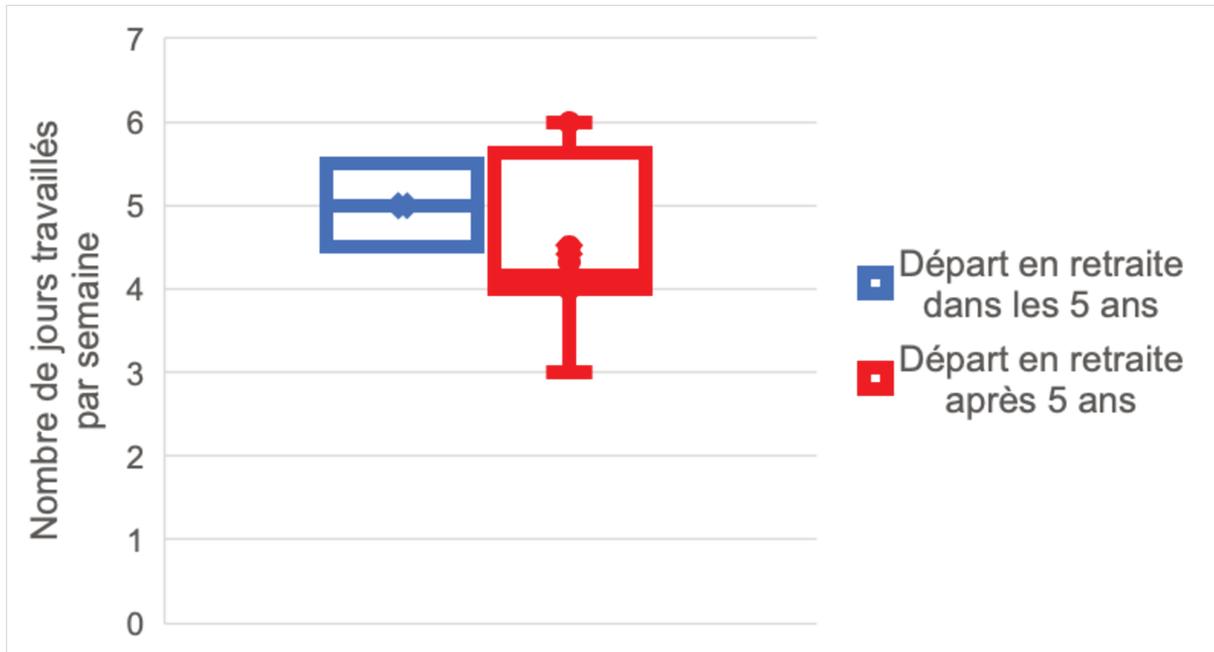


Figure 4 : Nombre de jours travaillés par semaine dans les groupes des départs en retraite sous 5 ans (N = 7) et après 5 ans (N = 13)

2.3. Patientèle

2.3.1. Nombre de patients déclarés en médecin traitant (Ameli Pro)

Le nombre de patients suivis en tant que MT a été recueilli sur le site Ameli Pro (N = 29). La médiane était de 909 (Q1 : 604 ; Q3 : 1245), avec des disparités en fonction du mode d'exercice : en moyenne 758 ± 419 patients pour les MG exerçant seuls, 889 ± 501 pour les MG exerçant en collaboration et 1089 ± 533 pour les MG exerçant en MSP. Les extrêmes étaient respectivement de 252 à 1458 pour les MG exerçant seul, 1 à 2032 pour les MG en collaboration et de 283 à 1960 pour les MG exerçant en MSP.

Pour les 7 MG partant en retraite dans les 5 ans, le nombre moyen de patients déclarés était de 1231 ± 484 versus 948 ± 481 pour les 13 MG ayant déclaré partir en retraite après 5 ans ($p = 0,23$).

2.3.2 Nombre d'actes réalisés en 2020 (RIAP ou logiciel de comptabilité)

En moyenne, 14 MG ont répondu à cette question et avaient réalisé 6160 actes en 2020 (écart-type : 2515 actes).

Malgré un plus grand nombre de patients déclarés en MT en MSP, le nombre de patients vus en 2020 était plus élevé pour les médecins exerçant seuls (sous réserve de nombreuses données manquantes) : 6690 ± 1152 , versus 6457 ± 3518 pour les MG exerçant en collaboration, 5686 ± 1822 pour les MG exerçant en MSP.

Pour les 4 MG partant en retraite dans les 5 ans pour lesquels la variable a pu être récupérée, le nombre moyen de patients vus en 2020 était de 8137 ± 3634 , versus 4967 ± 1615 pour les 7 MG partant en retraite après 5 ans pour lesquels la variable a pu être récupérée ($p = 0,18$).

3. Gestion des demandes de soins programmés et non programmés dans la CPTS Opale Sud

Nous avons exploré la gestion des soins programmés et non programmés, afin de faire un état des lieux de l'organisation des MG au sein de la CPTS Opale Sud : prise en charge ou non de nouveaux patients (au cabinet ou en visite) ; ouverture de la prise de rendez-vous aux patients pour des SNP des patients suivis au cabinet, par des confrères ou sans suivi.

3.1. Soins programmés : acceptation de nouveaux patients (cabinet et visite à domicile)

3.1.1. Au cabinet

Parmi les 30 MG interrogés, 5 déclaraient ne plus accepter aucun patient au cabinet, 12 déclaraient accepter tout patient qui le souhaite et 13 déclaraient accepter les patients sous certaines conditions (10 s'il suivaient déjà un membre de la famille, 1 s'il était à proximité, 2 sur le "feeling"). Le seul motif au refus de nouveau patient était le manque de temps et un nombre de patients suivi déjà jugé trop important par le MG.

3.1.2. En visite à domicile

Parmi les 30 MG interrogés, 6 déclaraient ne plus accepter aucun patient en visite à domicile, 3 déclaraient accepter tout patient qui le souhaite et 20 déclaraient accepter les patients sous certaines conditions (5 si le patient était déjà suivi au cabinet, 6 si un proche du patient était déjà suivi au cabinet, 3 par contact d'un autre professionnel de santé jugeant de la pertinence de la visite, 5 si le patient était géographiquement proche). Un MG n'a pas répondu (changement de secteur d'exercice prévu). Le frein principal était le manque de temps (23 répondeurs sur 30) avec le risque de désorganiser l'emploi du temps au détriment des consultations au cabinet, en particulier pour des visites à distance ; la rémunération était un frein cité par 8 médecins (26 %).

3.2. Gestion des SNP

Au sein de la CPTS Opale Sud, 9 des 30 MG déclaraient accepter souvent ou toujours des SNP de patient tout venant (30 %). (**Tableau 4**).

Tableau 4. Soins non programmés et prise en charge

Acceptation	Oui Toujours	Oui Souvent	Oui Parfois	Non Jamais	Non concerné
Patient					
Patientèle du MG	21 (70 %)	8 (27 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Patientèle d'un associé	13 (43 %)	11 (37 %)	2 (7 %)	0 (0 %)	4 (13 %)
Patientèle tout venant	8 (27 %)	1 (3 %)	16 (53 %)	5 (17 %)	-

La raison principale du refus de prise en charge d'un SNP était le manque de temps pour plus de 50 % d'entre eux. Le manque d'urgence dans la demande est indiqué par 17 % d'entre eux.

Plusieurs stratagèmes ont été cités par les MG pour faire face aux SNP (survenant aléatoirement par définition) :

- Ouverture de créneaux dans les 24h avant la consultation accessibles aux patients par internet (exemple : créneau "Urgence" sur Doctolib

- avec paramétrage à 24h) ;
- Ouverture de créneaux le matin, uniquement accessibles par le (télé-)secrétariat ;
 - Créneaux ajoutés à la suite de l'emploi du temps ;
 - Prise de rendez-vous entre deux patients (sur un créneau inexistant).

Il est difficile d'estimer précisément le nombre de MG réalisant l'une ou l'autre de ces actions, car elles étaient variables selon la charge de travail, le jour de la semaine, la période de l'année, etc. Beaucoup des médecins généralistes interrogés pensent qu'il est de plus en plus complexe de gérer ces SNP, que ce soit par manque de temps ou par l'aspect législatif (peur de plainte) ; 63 % d'entre eux seraient favorable à l'organisation collective par la CPTS pour les patients qui ne feraient pas partie de leur patientèle.

4. Compétences particulières et gestes pratiqués par les MG de la CPTS Opale Sud

4.1. Accueil d'étudiants

Nous avons interrogé les 30 MG répondants sur la maîtrise de stage : l'exercice en MSP était associé à un accueil d'étudiant plus fréquent (**Tableau 6**).

Tableau 5. Accueil d'étudiant(e)s par les MG de la CPTS Opale Sud

Mode d'exercice	Cabinet seul (N = 6)	Collaboration (N = 15)	MSP (N = 9)
Deuxième cycle ("externes")	0	1 (7 %)	2 (22 %)
Internes N1	0	1 (7 %)	1 (11 %)
Internes N1 et SASPAS	1 (17 %)	0	3 (33 %)
Accueil occasionnel ou passé	1 (17 %)	1 (7 %)	0
Projet d'accueil d'étudiant	1 (17 %)	2 (13 %)	2 (22 %)
Pas de souhait d'accueil	3 (50 %)	10 (67 %)	1 (11 %)

NB. Les sommes dépassent 100 % en raison des arrondis.

4.2. Gestes pratiques réalisés

Nous avons interrogé les MG sur les gestes réalisés au cabinet (**Tableau 6**).

Tableau 6. Gestes pratiqués nécessitant un matériel technique

Gestes pratiqués	Seul (N = 6)	Collaboration (15 MG)	MSP (9 MG)
Implant microprogestatif	1 (17 %)	4 (27 %)	5 (56 %)
Dispositif intra-utérin	0	1 (7 %)	1 (11 %)
Frottis cervico-utérin	2 (33 %)	6 (40 %)	5 (56 %)
Spirométrie	2 (33 %)	1 (7 %)	5 (56 %)
DEP / peak-flow	2 (33 %)	12 (80 %)	9 (100 %)
Polygraphie ventilatoire nocturne	2 (33 %)	1 (7 %)	2 (22 %)
ECG	3 (50 %)	2 (13 %)	6 (67 %)
Sutures simples	5 (83 %)	14 (93 %)	8 (89 %)
Infiltrations	2 (33 %)	1 (7 %)	4 (44 %)
Cryothérapie	2 (33 %)	3 (20 %)	3 (33 %)
Mesure de l'index de pression systolique	1 (17 %)	2 (13 %)	1 (11 %)
Mésothérapie	0	3 (20 %)	2 (22 %)
Biopsie cutanée	1 (17 %)	2 (13 %)	1 (11 %)
Audiométrie et acuité visuelle	1 (17 %)	0	0

Respectivement 2 et 4 MG ont évoqué les pansements et l'ablation de cérumen comme un geste technique en sus de la liste pré-établie ci-dessus ; il est probable que ces valeurs soient faussement basses.

4.3. Compétences particulières pour une activité de formation au sein de la CPTS

Pour l'ensemble des professionnels de santé de la CPTS Opale Sud, il était important de connaître les compétences et pratiques de chacun, pour pouvoir au mieux prendre en charge le patient dans sa globalité et sa complexité, ou pour des

compétences liées à la gestion du cabinet.

Parmi les 30 MG, 18 ont répondu à la question suivante : “Si la CPTS organisait des formations interprofessionnelles, dans quels domaines vous sentiriez vous en mesure d'apporter votre expérience / compétence?” :

- Médecine du sport (N = 4)
- Pédiatrie (N = 4)
- Gynécologie (N = 3)
- Gériatrie (N = 3)
- Relationnel, coordination, prévention et dépistage (N = 3)
- Iatrogénie (N = 2)
- Dermatologie (N = 2)
- Homéopathie (N = 2)
- Comptabilité (N = 2)
- Psychologie (N = 2)
- Diabète (N = 2)
- Pansements (N = 2)
- Addictologie (N = 1)
- Soins palliatifs (N = 1)
- Anatomie (N = 1)

Avec l'accord des MG, leur domaine de compétence sera connu de la CPTS pour éventuellement aider les professionnels de santé.

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Nous avons réalisé une étude épidémiologique auprès de 30 des 48 MG de la CPTS Opale Sud (installés en 1985 et 2021), ayant accepté de nous répondre, afin de faire un état des lieux quantitatif et qualitatif de l'accès aux consultations de MG, qu'elles soient programmées ou non.

Nous avons étudié le **temps médical disponible au sein de la CPTS Opale Sud**. Avec 25 % d'installation depuis 2 ans et 25 % des installés ayant moins de 32 ans, la dynamique est plutôt favorable sur le secteur de la CPTS.

Cela peut être favorisé par un cadre de vie agréable (bord de mer), des services publics et des moyens de transport rapides vers de grandes villes (1 heure en train de Lille, 2 à 3 heures en train de Paris). Une dynamique de recrutement locale peut aussi favoriser ces installations, avec 11 MG sur 30 ayant déclaré accueillir ou avoir accueilli des étudiants, et la création d'un groupe WhatsApp en avril 2021 visant à favoriser l'émulation d'installations auprès d'internes ou remplaçants vivant autour de la CPTS Opale Sud.

Malgré cette dynamique positive, le nombre médian de patients suivi par les MG restait relativement élevé à 909.

Nous signalons également dans notre étude le départ en retraite dans les 5 ans à venir pour 7 MG sur 20 réponders (dont 3 en MSP, 3 en collaboration et 1 en exercice seul) ; un seul (en MSP) a pu trouver un remplaçant, qui est déjà installé ! Cela illustre les difficultés à recruter, y compris en MSP et malgré l'accueil d'internes.

Les MG partant en retraite dans les 5 ans travaillent en moyenne 0,7 jour de plus que les autres (5 versus 4,3 jours, $p = 0,047$). Le nombre de patients suivis et le nombre d'actes effectués en 2020 étaient également supérieurs chez les MG partant en retraite dans les 5 ans (respectivement 1231 versus 948 patients suivis, 9137 versus 4967 actes), sans atteindre le seuil de significativité à 5 %, possiblement en raison d'un manque de puissance (faibles effectifs).

Nous avons également étudié la **demande des soins programmés** (accès à un médecin traitant) **et la demande de SNP.**

Parmi les 30 MG interrogés, 12 déclaraient accepter tout patient le désirant au cabinet et 3 en visite à domicile ; 9 déclaraient accepter souvent ou toujours des SNP de patients tout venant et 21 déclaraient répondre positivement à toute demande de SNP de leur patientèle. En pratique, les MG organisent déjà autant que possible leurs emplois du temps pour pallier à la demande des SNP mais la limite principale était le manque de temps.

Avec 924 patients en moyenne par MG interrogé, en supposant l'absence de biais différentiel (non-réponse de MG ayant des patientèles plus importantes), l'ensemble des 48 MG suivraient environ 44 352 patients sur un territoire en comptant 48 159 (soit environ 4 000 patients sans médecin traitant).

Enfin, nous avons identifié certaines des **compétences de MG** de la CPTS Opale Sud, en matière de médecine du sport, anatomie, iatrogénie, dermatologie, etc. Il est important pour pouvoir organiser l'accès aux soins des patients de la CPTS, que les différents professionnels paramédicaux puissent connaître également les différentes compétences de chaque médecin pour pouvoir orienter au mieux les patients selon leur demande. De plus, entre professionnels médicaux et paramédicaux, il serait judicieux de mieux partager le savoir de chacun, pour une meilleure formation et information des professionnels.

2. Comparaison à la littérature

Les 30 MG ayant répondu avaient en moyenne 46 ans ; en France, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le nombre de MG en activité a baissé ces dernières années, et la moyenne d'âge des MG était de 49 ans (36). Au 1er janvier 2021, les femmes représentaient 51,5 % des effectifs de MG en activité régulière, contre 37 % dans notre population étudiée (36).

Dans notre étude, 30 % des MG exerçaient en MSP. L'exercice en MSP semblait associé à davantage de projets d'accueil d'étudiants (67 % en accueillait déjà et 22 % le projetaient). En 2021, il y avait 1 889 MSP en activité et 366 en cours de création (**Annexe 12**) (37). Si les MSP incitent à l'accueil d'étudiants, et si l'accueil d'étudiants est associé à davantage d'installation, alors un nombre important de MSP au sein de la CPTS Opale Sud pourrait être favorable pour la démographie médicale sur le territoire.

Concernant la prise en charge des SNP, 30 % des MG dans notre étude déclaraient accepter souvent ou toujours des SNP de patients tout venant. Ce résultat est cohérent avec la littérature : 28 % des MG en France disaient accepter la totalité des demandes de SNP le jour même ou durant les 24 heures en 2020 — 37 % d'entre eux réorientaient sinon vers un confrère ou une consœur libérale et 20 % vers un service d'urgences (27) (**Annexe 13**). Nous avons également distingué les SNP des patients "tout venant" et de la patientèle du MG : dans ce cas, les SNP étaient toujours acceptés dans 70 % des cas, souvent dans 27 % et parfois dans 3 % (les principales raisons à la non-acceptation étaient le manque de temps, et éventuellement la possibilité de différer au-delà de 48 heures après rapide évaluation téléphonique).

Dans le Nord-Pas-de-Calais, 45 % des MG ont une très forte activité (nombre d'actes supérieur à 6055 actes par an). C'est aussi une des régions où les médecins généralistes à faible activité sont les moins nombreux (moins de 20 % des MG) (38). Parmi les MG interrogés, la moyenne d'actes réalisés en 2020 était de 6160 (6690 chez les MG exerçant seuls, 6457 en collaboration et 5686 en MSP). Les MG de la CPTS Opale Sud semblent donc travailler davantage que la moyenne nationale, possiblement en lien avec une population plus précaire (39). L'accumulation des actes est proportionnelle à l'augmentation du temps de travail, ce qui augmenterait le risque de survenue d'épuisement professionnel et qui nuirait donc, *in fine*, à améliorer l'accès aux soins.

Il existe également une baisse de la population de généralistes libéraux prévue jusqu'en 2025-2030 (10). Il est difficile d'estimer l'évolution dans le bassin de la CPTS Opale Sud dans les années à venir pour de multiples raisons (évolution du *numerus clausus*, évolution du dynamisme des territoires, opportunités d'installation, opportunités d'emplois pour les conjoints, etc.). Dans notre échantillon, les 30 MG interrogés se sont installés entre 1985 et 2022, soit 1 installation tous les 1 an et 3 mois environ. D'ici décembre 2025, nous dénombrons 6 départs en retraite dont un seul ayant trouvé un successeur (par ailleurs déjà installé). En extrapolant nos chiffres aux 48 MG de la CPTS, nous pouvons estimer environ à 3 installations et 9 départs en retraite jusque fin 2025, soit un déficit de 6 MG par rapport à aujourd'hui. Ces calculs approximatifs sont bien sûr soumis à de nombreuses limites, comme signalé ci-dessus.

3. Forces et limites

Cette étude a plusieurs intérêts pratiques : connaître les possibilités d'accueil de nouveaux patients en tant que MT pour mieux réorienter les patients, mieux connaître les organisations des MG de la CPTS Opale Sud concernant les SNP, anticiper les départs en retraite pour les 5 prochaines années, pouvoir affiner la cartographie des zones prioritaires sur des données ignorées de la CNAM et l'ARS, identifier les personnes ressources parmi les MG selon leurs compétences et leurs envies de partage de connaissances.

La principale limite est la taille de l'effectif (30 MG sur 48), liée à l'absence de réponse malgré relance, ou refus des autres MG. Un biais de sélection est probable : taux de réponse plus important en MSP, auprès de MG déjà remplacés par l'auteur de ce travail, ou auprès des MG récemment installés (pouvant donner à tort une impression de forte dynamique d'installation avec 25 % des réponders installés dans les 2 dernières années). Néanmoins, notre population est comparable pour la moyenne d'âge avec l'atlas démographique du CNOM.

Un biais d'information est également possible, en particulier sur les variables déclaratives tels que l'accueil de nouveaux patients, la prise en charge des SNP. En pratique, il est probable que les MG surestiment leur acceptation des SNP ou des nouveaux patients, puisque les patients sont confrontés à un premier filtre via le (télé-)secrétariat sans qu'ils en soient toujours conscients immédiatement.

Un autre biais d'information peut exister sur les gestes réalisés puisque la quantité n'a pas été évoquée : la réalisation d'un FCU annuel pouvait ainsi être cotée comme un geste réalisé, de la même façon qu'un MG qui aurait une activité orientée en gynécologie avec plusieurs FCU par mois. Le nombre de jours travaillés ou de semaines travaillées par an pouvait aussi être sujet à ce type de biais, en raison du caractère libéral de notre activité. Nous n'avons pas relevé le nombre d'heures de travail par jour, en raison du caractère très subjectif et variable de cette donnée, du nombre de créneaux de consultations par jour, du nombre de motifs acceptés par consultation, de l'efficience pour les aspects administratifs (gestion des courriers reçus ou à rédiger, des bilans biologiques), etc. Afin de limiter les biais d'information, nous avons pris le temps avec les MG interrogés de consulter certaines de leurs données sur AmeliPro, tels que le nombre de patients déclarés en tant que médecin traitant à la date de l'entretien.

Enfin, il existe probablement des biais de confusion. Par exemple, concernant l'accueil d'internes par les MG en MSP, cela est probablement lié à des facteurs de confusion : appétence du MG pour l'exercice en équipe, création de binômes ou trinômes de maîtres de stage des universités au sein de MSP, émulation à l'accueil d'étudiants au sein d'une MSP, disponibilité de locaux non occupés, association entre une implication à l'université et une implication dans l'essor des MSP à partir de 2007 (40), etc.

On notera également que les résultats de cette enquête ont une faible extrapolation hormis sur le territoire de la CPTS Opale Sud. Toutes ces limites nous montrent à quel point il est difficile d'évaluer l'accès aux soins sur une telle zone, et important de reproduire ce type d'enquêtes au fil de l'évolution des CPTS.

4. Perspectives

Nous avons vu que la démographie médicale sur le territoire de la CPTS Opale Sud est en diminution, malgré les efforts des membres de la CPTS à faire avancer ce projet. Les instances pourraient anticiper l'évolution de la démographie médicale en connaissant mieux les dates de départ en retraite prévus des MG (et autres professionnels de santé).

Concernant la prise en charge des SNP, on a montré qu'une majorité des MG répondant au questionnaire était en faveur d'une prise en charge collective gérée par la CPTS. Un travail, réalisé par le Docteur Dubois, a été entrepris pour mettre en place un protocole de prise en charge des SNP sur la CPTS Opale Sud en relation avec l'hôpital de Boulogne-sur-mer et le SAS. Il n'est à ce jour pas encore en place, mais il serait intéressant, quand ce protocole aura plus d'ancienneté et sera ancré, de recueillir de nouvelles données concernant l'évolution de la réponse aux SNP sur le territoire.

Il serait intéressant d'identifier la dynamique actuelle du MG et son envie d'installation en cabinet seul ou en collaboration ou en MSP. Chez les MG de moins de 40 ans, l'Assurance Maladie compte que 80 % d'entre eux travaillent en collaboration avec d'autres MG. Le regroupement des médecins en cabinet de groupe ou maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) était associé en 2010 à une modification de l'activité, qui pouvait aussi être lié à une différence de profils socio-démographiques : moins de jours travaillés par semaine, davantage de participation à

des formations et à des rôles de formateur. La question pourrait se poser d'un changement de l'activité ou de la place de la formation continue après regroupement en CPTS.

Notre étude s'est concentrée sur les MG mais il existe bien d'autres professions pour lesquelles le même type d'étude pourrait être réalisée sur le même territoire : infirmiers (et infirmiers de pratique avancée), kinésithérapeutes, pharmaciens, auxiliaires de vie, etc.

Le même type de travail pourrait également être reproduit dans d'autres territoires ; dans cette optique, il sera présenté au congrès du Collège national des généralistes enseignants à Lille le vendredi 16 décembre 2022.

CONCLUSION

Les résultats de cette enquête vont permettre aux membres de la CPTS Opale Sud de pouvoir mieux appréhender la question essentielle de l'accès aux soins sur la zone.

En effet, nous allons pouvoir permettre à ces acteurs de santé de pouvoir organiser, d'orienter au mieux les patients du territoire en connaissant les différentes disponibilités et compétences spécifiques des MG, etc. Les MG interrogés acceptaient d'intervenir également pour éventuellement former les différents acteurs médicaux et paramédicaux.

De plus, nous avons vu que la démographie médicale sur le territoire de la CPTS Opale Sud pourrait être diminuée d'ici fin 2025, que la gestion des SNP n'était peut-être pas optimale, et que la plupart des MG étaient en faveur d'une aide apportée par la CPTS pour trouver des successeurs aux médecins partant en retraite et pour une organisation collective de gestion des SNP.

Les CPTS vont devenir un nouveau maillon de notre système de santé : la coordination, la coopération entre acteurs de santé, le respect du parcours de soin pourraient permettre une amélioration de la qualité de soin. La principale limite des jeunes MG à l'installation est toujours la charge administrative dans la littérature : le caractère récent des CPTS génère pour l'instant encore quelques limites quant à la charge administrative supplémentaire qu'elles généreront, et la dépendance (financière ou non) qu'elles pourront instituer vis-à-vis de l'Assurance Maladie ou des ARS. Ces limites pourront être brisées, ou renforcées, au fur et à mesure de l'évolution des CPTS et des choix politiques à leur encontre, au fil de l'évolution naturelle de la démographie médicale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. *Trib Santé*. 2020;63(1):51-5.
2. Falcoff H. Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : des missions de santé publique essentielles, mais des obstacles à leur mise en œuvre. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 mai 2022;16(3):243-8.
3. Union des URPS des Hauts-de-France. Où en est-on ? Infographie des CPTS en région Hauts-de-France [Internet]. 2022 mai [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/>
4. Leicher C. CPTS et territoire. *Regards*. 2019;56(2):81-92.
5. de Fontgalland C, Rouzard-Cornabas M. De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2020;32(2):239-46.
6. Agence Régionale de la Santé. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2021 [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 1 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
8. Masson E. Les communautés professionnelles territoriales de santé au plus près des patients [Internet]. *EM-Consulte*. [cité 5 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1502621/alertePM>
9. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
10. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? *Doss Drees*. 2021;(76):74.
11. Brunn M, Kharkhordine M, Genieys W. La réforme du numerus clausus : un long élan brisé ? *Trib Santé*. 2022;71(1):71-80.
12. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2025 [Internet]. 2004 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1061.pdf
13. DREES, CNOM. Chiffres clés : Médecin généraliste [Internet]. *Profil Médecin*. 2022 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
14. INSEE. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 | Insee [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_departements
15. Cristofari JJ. Santé : 11 % des patients sont sans médecins traitants – *PharmAnalyses* [Internet]. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://pharmanalyses.fr/sante-11-des-patients-sont-sans-medecins-traitants/>
16. Nestrigue C. Analyse de sensibilité de l'Accessibilité Potentielle Localisée. 2016.

17. Gocko X, Dessert M, Bally J, Trombert-Paviot B. Devenir professionnel des internes de médecine générale de Saint-Etienne entre 2004 et 2014. *exercer* 2017;132:180-5. [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/869
18. URPS Médecin Libéral de Bourgogne - Franche-Comté. Etude sur les freins et leviers à l'installation en secteur libéral [Internet]. 2012 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.urps-ml-bfc.org/portfolio/etude-sur-les-freins-et-leviers-a-linstallation-en-secteur-liberal/>
19. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? [Internet]. Toulouse; 2014 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>
20. Decorde A. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin [Internet]. Grenoble; 2011. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639242/document>
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. 2019 avr [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
22. ARS Hauts de France. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-laces-aux-aides>
23. ARS Hauts de France. L'ARS Hauts-de-France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes [Internet]. [cité 13 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>
24. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. IRDES; 2006 p. 6.
25. Augros S. Evaluation des aides à l'installation des internes [Internet]. 2019 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf
26. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins ; Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab20002547d8da13a026bccbb27b0e19fcc95d16ddabee69bc535bcc2f0b7f599b6f08364bffb314300036224cd86ef1a3b67609a2dce053859f88390120582ce21db62c8f0632096a28a01a54919a04c23e6f2f8457569d4331
27. DREES, Lenglard F, Douangdara S, Boulanger S, Castaing E, Jeandet S. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. 2020 [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1138.pdf>
28. Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Santé Publique*. 2021;33(4):517-26.
29. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les protocoles nationaux de coopération [Internet]. 2022 [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>

30. INSEE. Populations légales 2019 – Ces données sont disponibles sur toutes les communes de France hors Mayotte | Insee [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/zones/6005800?geo=COM-62281+COM-62300+COM-62402+COM-62446+COM-62448+COM-62474+COM-62603+COM-62604+COM-62643+COM-62667+COM-62746+COM-62755+COM-62845+COM-62887&debut=0>
31. CPTS Opale Sud, Deleplanque D, Merlin L. Projet de santé CPTS Opale Sud. 2021.
32. Jusot F. Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution. *Rev Epid Sant Publ.* 2013;61:S163-9.
33. Rey G, Rican S, Jouglà E. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. Numéro thématique. *Inégalités sociales de santé. Bull Epidémiologique Hebd.* 2011;(8-9):87-90.
34. Indice de défavorisation sociale (FDep) par IRIS [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://public.opendatasoft.com/explore/dataset/indice-de-defavorisation-sociale-fdep-par-iris/information/?flg=fr&q=croix&location=13,50.67628,3.13308&basemap=jawg.streets>
35. Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health.* nov 2012;66(11):982-9.
36. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2018 [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf
37. APMSL. La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble » [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
38. Lucas-Gabrielli V, Coldefy M, IRDEES. Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). *IRDEES.* 2016;DT n°70:48.
39. Vandeputte JC, Bonjour V. Près d'un Nordiste sur cinq vit sous le seuil de pauvreté - Insee Analyses Nord-Pas-de-Calais - 7 [Internet]. 2014 [cité 15 févr 2020]. (Insee Analyses Hauts-de-France). Report No.: 7. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285844>
40. Ministère de la Santé. Les maisons de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

ANNEXES

Annexe 1 : Synthèse des principes clés des CPTS

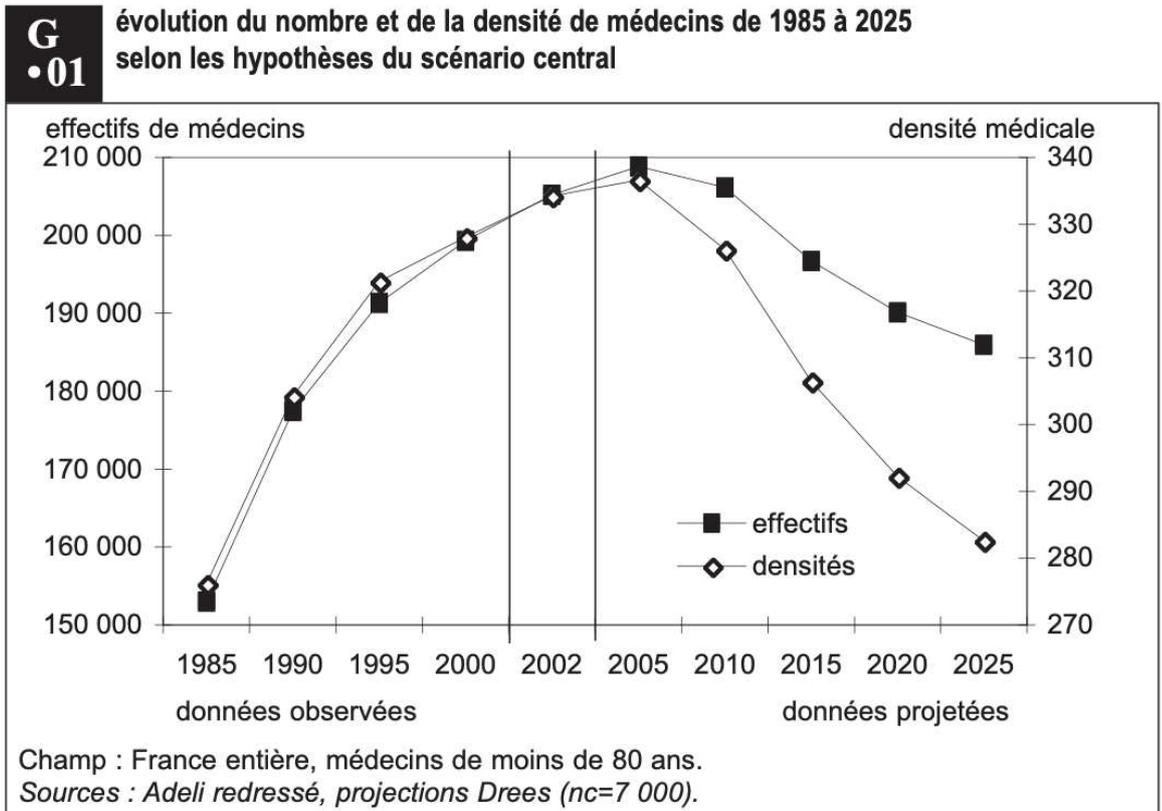
Synthèse des principes clés d'une CPTS

La CPTS n'est pas une structure de soins mais une organisation qui s'appuie sur l'existant du territoire !

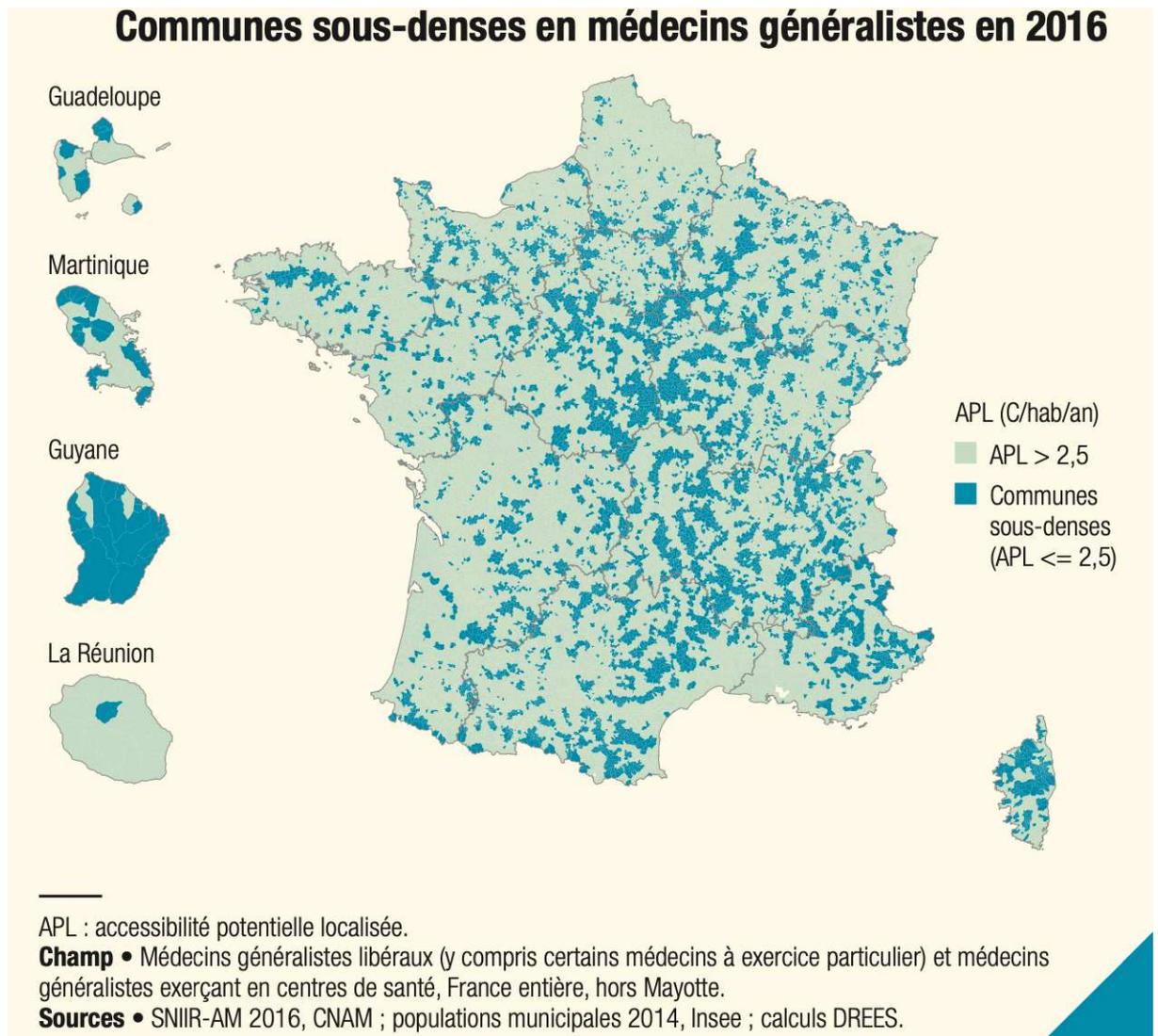


Selon plaquette des URPS (source URPS mars 2022)

Annexe 2 : Densité médicale à l'horizon 2025



Annexe 3 : Densité médicale (généralistes) en France en 2016 selon l'APL



Annexe 4 : Aides financières à l'installation du médecin généraliste selon le zonage ARS

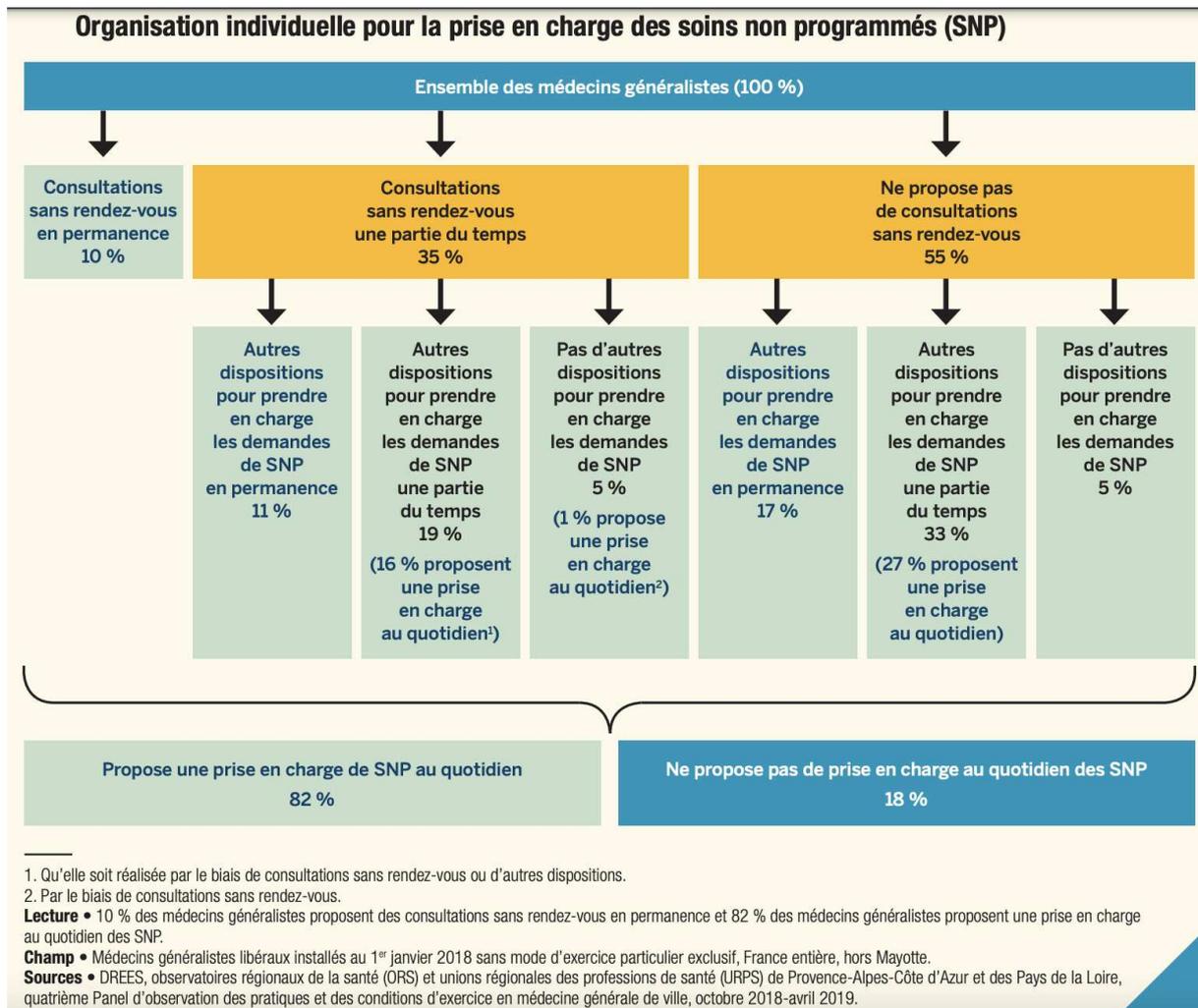


PRINCIPALES AIDES AU MAINTIEN ET A L'INSTALLATION DES MEDECINS SELON LES ZONES D'INSTALLATION

	Zones d'intervention prioritaire (ZIP)	Zones d'actions complémentaires (ZAC)	Zones d'accompagnement régional (ZAR)
Financement des frais d'installation	✓ <i>Aide conventionnelle (Assurance maladie) 50 000€</i>	✓ <i>Aide régionale allouée par l'ARS 30 000€</i>	✓ <i>Aide régionale allouée par l'ARS 20 000€</i>
Garantie de revenus la 1^{ère} année d'installation	✓ <i>Contrat de début d'exercice (national)</i>	✓ <i>Contrat de début d'exercice (national)</i>	✓ <i>Aide régionale allouée par l'ARS</i>
5 000€ par an pour les médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée et accueillant des futurs médecins en formation	✓ <i>Aide conventionnelle (Assurance maladie)</i>	✓ <i>Aide régionale allouée par l'ARS</i>	✓ <i>Aide régionale allouée par l'ARS</i>
Exonération d'impôts sur les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	✓		

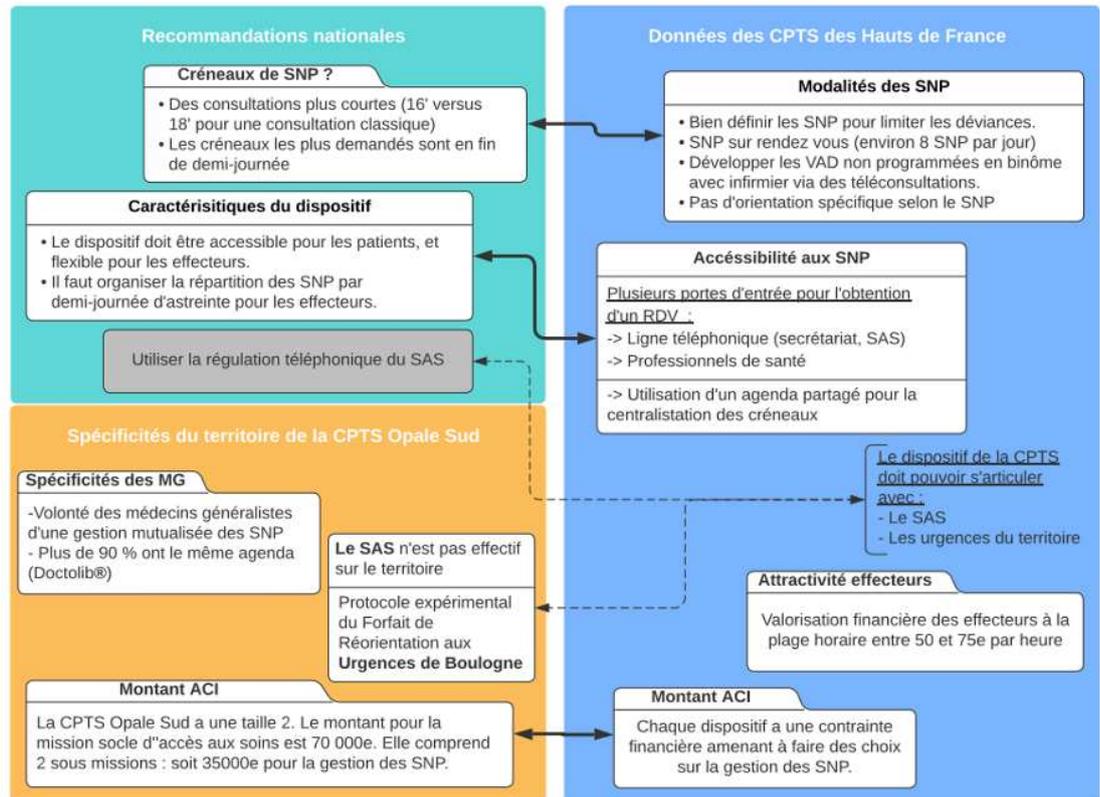
Annexe 5 : Organisation individuelle des MG pour faire face aux demandes de SNP

Source : Enquête réalisée en France (hors Mayotte) par la DREES, les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les URPS-ML PACA et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, par Internet et téléphone (entre octobre 2018 et avril 2019) (27)

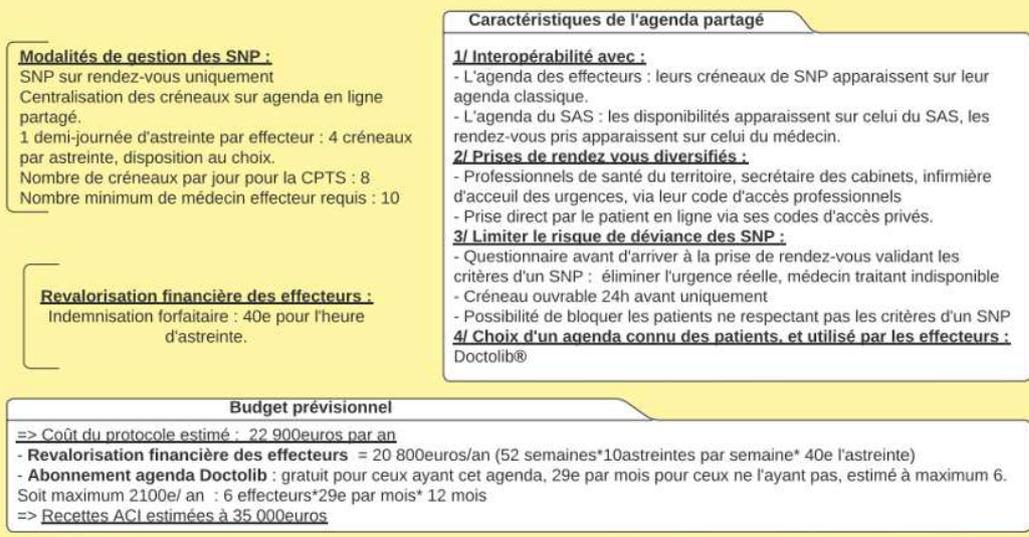


Annexe 6 : Protocole de prise en charge des soins non programmés dans la CPTS Opale Sud (source thèse Dr Dubois Lucas)

Elaboration du protocole de SNP pour la CPTS Opale Sud



Principaux axes retenus pour le protocole de la CPTS Opale Sud



Annexe 7 : Définition du territoire de la CPTS Opale Sud



Annexe 8 : Listes des communes et nombre d'habitants par commune selon l'INSEE

Commune	Population municipale en vigueur
Condette	2 506
Dannes	1 316
Echinghen	390
Equihen-Plage	2 738
Halinghen	325
Hesdigneul-lès-Boulogne	677
Hesdin-l'Abbé	1 863
Isques	1 153
Nesles	953
Neufchâtel-Hardelot	3 746
Outreau	13 422
Le Portel	9 240
Saint-Etienne-au-Mont	5 076
Saint-Léonard	3 452
Verlincthun	444
Widehem	244

Annexe 9 : Les différents professionnels de santé selon leur ville.

Projet de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) - Outreau

247 médecins et professionnels de santé

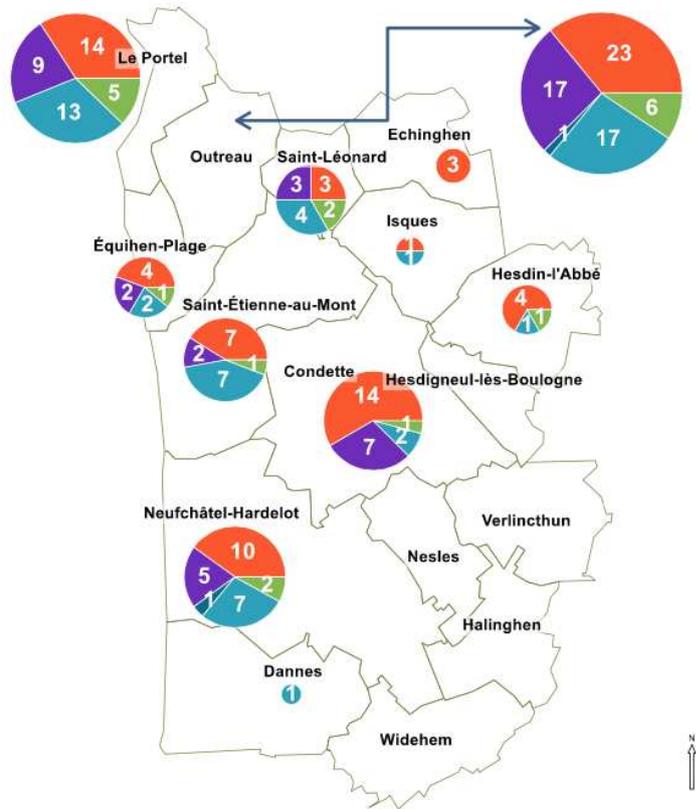


- Infirmier.ère (83)
- Masseur Kinésithérapeute (45)
- Médecin spécialiste (2)
- Médecine générale (55)
- Pharmacie d'officine (19)
- 1

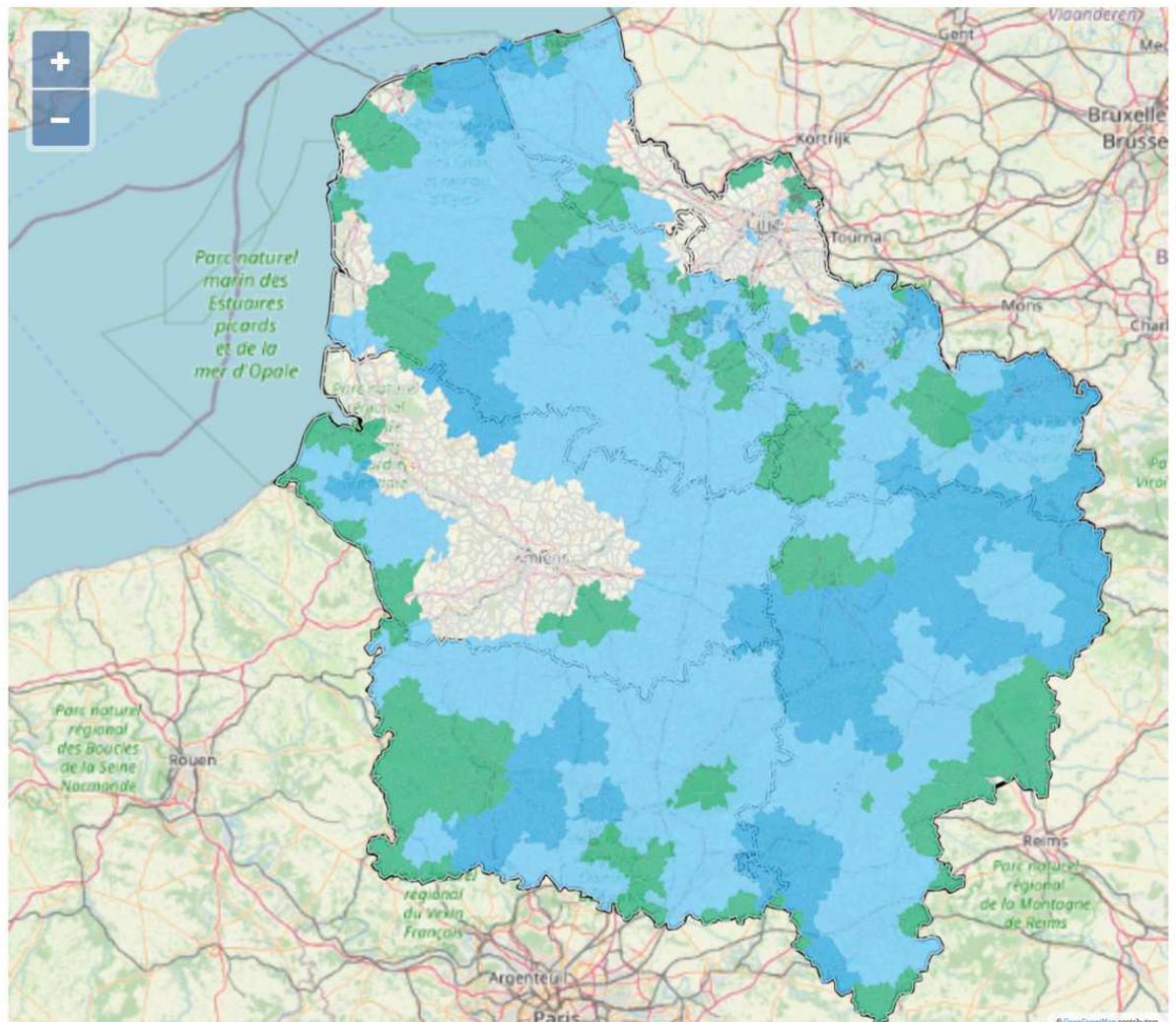
Source : EDD URPS ML HDF, Amel(c), annuaire santé RPPS
 MAJ juillet / Dec. 2019 / Janv. 2020
 Non exhaustif, susceptible de modifications après la publication
 Avec doublons RPPS - 1 FDS peuvent exercer sur plusieurs sites.



Carte réalisée par l'URPS ML avec CAD - © Artique - BOutreau / 2261-2020/Pôle ODS - EW - Jan. 2020 - Vdef



Annexe 10 : Zonage ARS Hauts de France en 2022



Zonage médecins généralistes



Annexe 11 : Questionnaire pour les médecins généralistes de la CPTS Opale Sud.

Questionnaire pour les médecins généralistes de la CPTS Opale Sud.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet de traitements sous la responsabilité de M. Pierre MORIEUX. Vous pouvez l'exercer en lui adressant un mail à pierremorieux@orange.fr

***Obligatoire**

1. Docteur

2. Ville

3. Date du questionnaire: *

Exemple : 7 janvier 2019

4. De quel type de secrétariat bénéficiez vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Personnel
- Présentiel
- Distanciel (téléphonique)
- En ligne (Doctolib, Maiia, etc.)
- Autre : _____

5. Un patient, une pharmacie ou un professionnel paramédical peut-il vous joindre si votre secrétariat est fermé?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non
 Pas concerné
 Autre : _____

Nouvelle patientèle au cabinet.

6. 1 Acceptez-vous de nouveaux patients en tant que médecin traitant au cabinet (différent de visite) ?

Une seule réponse possible.

- OUI, tout patient qui le souhaite
 OUI, si je suis le médecin traitant d'un autre membre de la famille
 OUI, sur autres conditions (à préciser dans la question suivante)
 NON
 Autre : _____

7. 2 Si NON, Pourquoi? (réponse libre)

8. 3 Si réponse OUI, sur autres conditions, précisez:

Nouvelle patiente en visite à domicile (différent du cabinet)

9. 4 Acceptez-vous de nouveaux patients en VISITE A DOMICILE? (différent du cabinet) *

Une seule réponse possible.

- OUI, tout patient qui le souhaite
- OUI, si je suis le médecin traitant d'un autre membre de la famille.
- OUI, sur autres conditions
- NON
- Autre : _____

10. 5 Quelles en sont les freins principaux ? (sans lire les réponses ici)

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de rémunération
- Manque de temps
- Désorganisation de l'organisation de l'emploi du temps au détriment des consultations
- L'absence d'accès au dossier médical
- La distance entre le cabinet et le domicile du patient
- Les conditions défavorables de l'examen clinique
- Accès à internet difficile
- La sécurité routière
- Le stationnement (coût, recherche de place)
- Autre : _____

Soins non programmés

(être en mesure de recevoir un patient dans le cadre d'une urgence non vitale le jour même ou dans les 24H suivant la demande)

11. Acceptez vous déjà des soins non programmés?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour ma patientèle : Oui toujours
- Pour ma patientèle : Oui souvent
- Pour ma patientèle : Oui parfois
- Pour ma patientèle : Non jamais
- Autre : _____

12. Acceptez vous déjà des soins non programmés?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour la patientèle de mes associés: Oui toujours
- Pour la patientèle de mes associés : Oui souvent
- Pour la patientèle de mes associés: Oui parfois
- Pour la patientèle de mes associés: Non jamais
- Autre : _____

13. Acceptez vous déjà des soins non programmés?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour une patientèle spécifique (confrère proche) : oui toujours
- Pour une patientèle spécifique (confrère proche) : Oui souvent
- Pour une patientèle spécifique (confrère proche) : oui parfois
- Pour une patientèle spécifique (confrère proche) : non jamais
- Autre : _____

14. Acceptez vous déjà des soins non programmés?

Plusieurs réponses possibles.

- Pour des patients tout venant: Oui toujours
- Pour des patients tout venant : Oui souvent
- Pour des patients tout venant: Oui parfois
- Pour des patients tout venant: Non jamais
- Autre : _____

15. S'il vous arrive de refuser, pourquoi?

16. Comment organisez-vous soins non programmés?

17. Etes vous en faveur d'une organisation collective concernant les soins non programmés (SNP) dans le cadre de la CPTS Opale Sud?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Autre : _____

18. Si oui sous quelle forme ? Si non, pourquoi ?

Projet futur.

19. Quelque soit votre âge, à quelle date imaginez vous partir en retraite ? (mois/année)

Exemple : 7 janvier 2019

20. Avez vous un successeur potentiel ?

Une seule réponse possible.

- Oui, déjà installé
- Oui, déjà remplaçant
- Non
- Je n'y ai pas réfléchi (pas concerné)
- Autre : _____

21. Si non, essaieriez-vous d'en trouver un?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Je n'y ai pas réfléchi (non concerné)
- Autre : _____

22. Si oui, par quel moyen?

Plusieurs réponses possibles.

- Par le biais des internes que vous connaissez.
- Par la recherche d'un remplaçant
- Par des annonces (RemplaFrance, groupe sur les réseaux sociaux..)
- Non concerné
- Autre : _____

23. Souhaiteriez-vous une aide par la CPTS pour trouver un successeur ?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- Non concerné

24. Avez vous un remplaçant si vous vous absentez?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui permanent
- Oui mais intermittent
- Non
- Autre : _____

25. Autre ; développez.

Quelques données chiffrées.

Facultatif mais souhaitable pour améliorer la PEC des patients de la CPTS

26. Quel est votre date de naissance?

Exemple : 7 janvier 2019

27. A quelle date vous êtes-vous installé?

Exemple : 7 janvier 2019

28. Quel est votre mode d'exercice?

Une seule réponse possible.

- Seul
- Collaboration
- MSP
- Autre : _____

29. Recevez-vous des étudiants?

Plusieurs réponses possibles.

- Non
- MSU Externes
- MSU internes N1
- MSU internes SASPAS?
- Autre : _____

30. Si oui, depuis quand

31. Avez vous d'autres activités professionnelles en dehors de votre cabinet?

Plusieurs réponses possibles.

- Universitaire (chargé d'enseignement, tutorat, MCU/PU)
- MSU
- Syndicale
- Medecin coordonateur
- Formation locale (Club Médical Grand Boulonnais, enseignement...)
- PMI
- Autre : _____

32. Quels gestes pratiquez vous?

Plusieurs réponses possibles.

- Frottis CU
- Implant contraceptif (pose + retrait)
- DIU (pose et retrait)
- Spirométrie
- Peak flow / DEP
- ECG
- Audiométrie
- Polygraphie
- Ablation naevus
- Biopsie cutanée
- Sutures simples
- Echographie
- Infiltrations
- Cryothérapie
- IPS
- Autre : _____

33. Si la CPTS organisait des formations interprofessionnelles, dans quels domaines vous sentiriez vous en mesure d'apporter votre expérience / compétence?

Plusieurs réponses possibles.

- Iatrogénie
- Pansements
- Anatomie
- Médecine du sport
- Comptabilité
- Administratif
- Autre : _____

34. Etes vous orientés vers une autre pratique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Addictologie
- Homéopathie
- Psychologie
- Médecine du sport
- Médecine de la douleur
- Gynécologie
- Pédiatrie
- Autre : _____

35. Avez vous la volonté d'un outil de communication inter professionnel sur la CPTS?

Une seule réponse possible.

- OUI
- Non

36. Combien en moyenne, prenez vous de congés (vacances) par année ? (en semaines)

37. Prenez-vous d'autres congés pour autre motif (préciser : congrès, formation...)

38. Combien de jours par semaine travaillez vous en moyenne?

Plusieurs réponses possibles.

1

2

3

4

5

6

Autre : _____

39. Faites vous des téléconsultations?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

Autre : _____

40. Combien avez vous vu de patients cette l'année dernière? 2020 (RIAP, comptabilité...)

41. Combien avez vous vu de patients l'année d'avant? 2019

42. Combien avez vous de patient au total? (<https://espacepro.ameli.fr/pmt>)

43. Combien entre 0 et 18 ans ? (Rezone CPTS)

44. Combien entre 18 et 39 ans hors ALD ?

45. Combien entre 18 et 39 ans avec ALD?

46. Combien entre 40 et 64 ans hors ALD ?

47. Combien entre 40 et 64 ans avec ALD ?

48. Combien entre 65 et 79 ans hors ALD ?

49. Combien entre 65 et 79 ans avec ALD ?

50. Combien de au moins 80 ans hors ALD ?

51. Combien de au moins 80 ans avec ALD ?

52. Combien de visites effectuez vous en moyenne par jour? (ex. cumul 2 dernières semaines nombre de jours travaillés)

53. Avez vous d'autres remarques sur votre activité concernant l'accès au soins sur le territoire de la CPTS? (ex difficultés actuelles...)

54. Accepteriez vous de participer à des études de médecine générale?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Autre : _____

55. Si oui, donnez votre mail

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

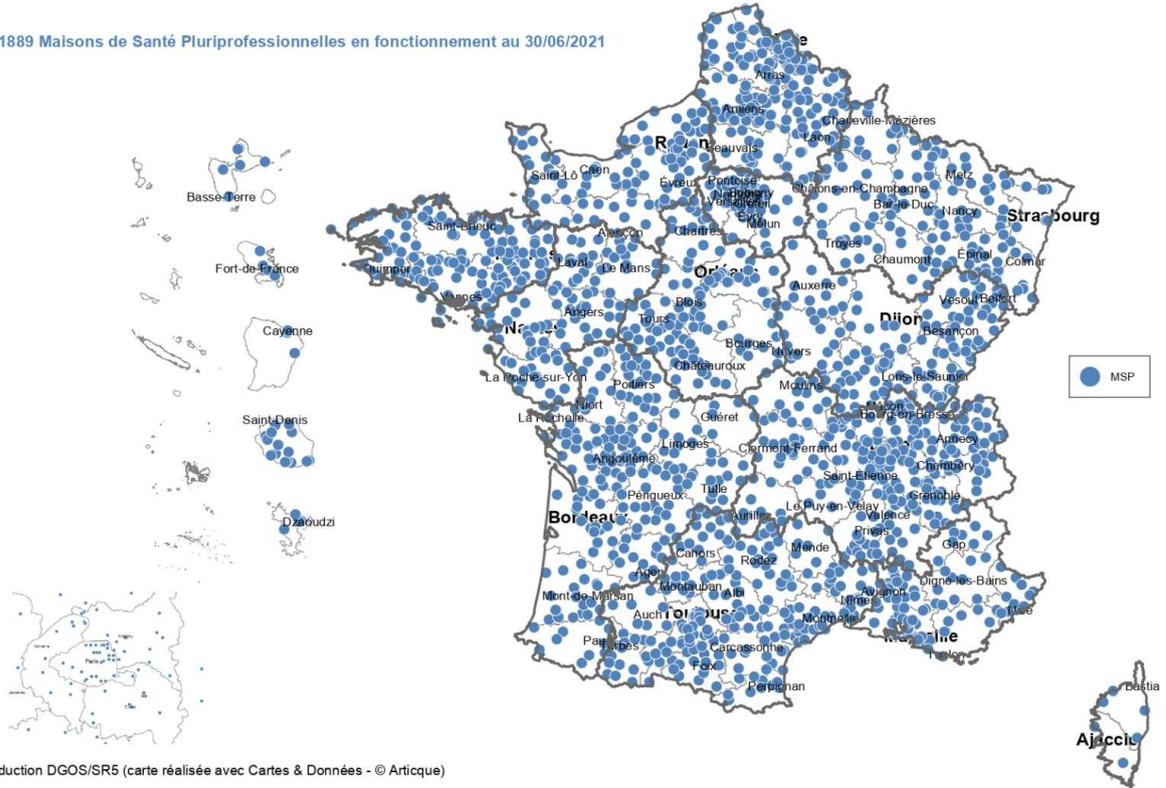
Google Forms

Annexe 12 : Répartition des MSP en France en 2021

Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021

Source : ATIH/observatoire des recompositions/retraitement DGOS - Extraction au 07/07/2021 - France entière

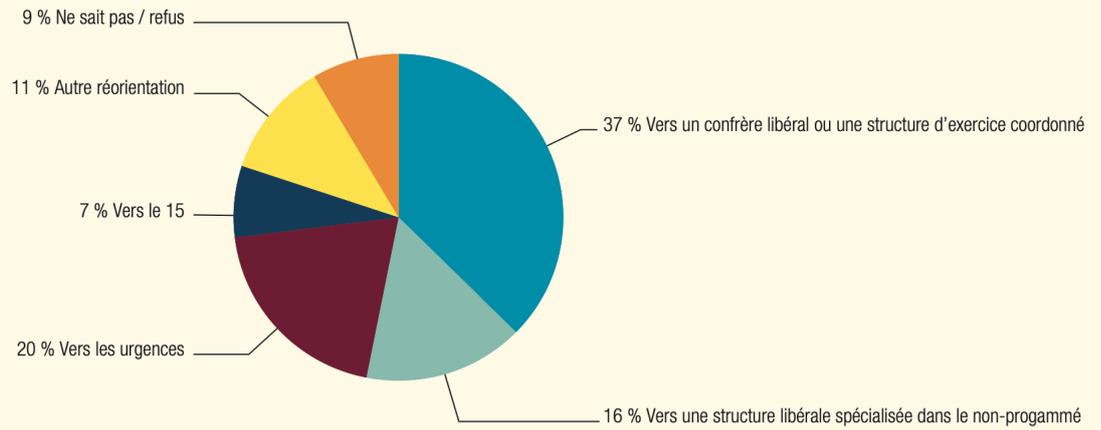
1889 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021



Production DGOS/SR5 (carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique)

Annexe 13 : Modalité de réorientation des patients impossibles à recevoir le jour même ou le lendemain. (Source DREES)

Modalités de réorientation des patients impossibles à prendre en charge le jour même ou le lendemain



AUTEUR : Nom : Morieux Prénom : Pierre

Date de soutenance : 12 octobre 2022 à 14h00

Titre de la thèse : Accès aux consultations de médecine générale programmées ou non, sur le territoire de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Opale Sud.

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecine générale ; Accessibilité des services de santé ; Permanence des soins

Résumé :

Introduction : La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a créé les CPTS. Ces CPTS doivent s'organiser en identifiant les personnes ressources selon leurs compétences et justifier leur présence par la création d'indicateurs selon divers objectifs de santé. L'accès aux soins est leur mission première et s'organise autour de l'accès pour tous à un médecin traitant ainsi que la prise en charge des SNP. La CPTS Opale Sud est créée en janvier 2020 sur le territoire, et tente de s'organiser pour subvenir aux besoins de santé de la population. Les objectifs principaux de cette étude étaient de faire un état des lieux concernant l'accès aux soins sur le territoire : évolution du temps médical disponible (départs en retraite, projets de succession, etc.), acceptation de nouveaux patients, gestion des SNP, compétences particulières et gestes pratiqués par les MG.

Matériel et méthode : Nous avons contacté les 48 MG de la CPTS Opale Sud entre juin 2021 à juin 2022, afin de convenir d'un entretien physique ou téléphonique. Les comparaisons ont été réalisées avec le test exact de Fisher.

Résultats : Parmi les 48 MG de la CPTS Opale Sud, 30 ont répondu, âgés de 46 ans en moyenne, suivant 924 patients en moyenne. En 5 ans, 7 départs en retraite étaient prévus, dont 1 seul remplacé par un médecin déjà installé ailleurs (et 6 départs avant fin 2025). Les MG partant en retraite dans les 5 ans travaillaient en moyenne 0,7 jour de plus que les autres (5 versus 4,3 jours, $p = 0,047$). Les MG de la CPTS Opale Sud prennent en médiane 6 semaines de vacances par an et 20 % d'entre eux sont toujours remplacés. Concernant l'accès à un médecin traitant, 40 % des MG disaient accepter de nouveaux patients au cabinet quelles que soient les conditions, et 10 % disaient accepter de nouvelles visites à domicile quelles que soient les conditions. Concernant les SNP, 27 % des MG interrogés disaient accepter des SNP de tous patients (hors patientèle médecin traitant et patientèle des associés) et 2 tiers d'entre eux accepteraient une gestion collective des SNP. Les principaux gestes techniques réalisés étaient les gestes gynécologiques (frottis, implant et/ou dispositif intra-utérin) pour 15 MG, les ECG pour 11 MG et la spirométrie pour 8 MG.

Conclusion : D'ici fin 2025, une baisse de la démographie médicale est à prévoir sur le territoire. Nous avons pu identifier les différentes compétences et actes selon les MG, ce qui pourrait permettre une meilleure coordination entre professionnels de la santé et améliorer les prises en charge des patients de la zone.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Louis MERLIN

Monsieur le Docteur Simon ULIVI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY