

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays
d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis**

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 2022 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Raphaël DACHICOURT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Teddy RICHEBE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE

Table des matières

INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE.....	6
Recueil des données.....	8
Analyse des données.....	8
RÉSULTATS.....	9
Population de l'étude	9
I - L'exercice coordonné territorial : un changement	10
Une expérience humaine	10
De l'exercice isolé au travail d'équipe	12
Un changement de regard sur la pratique.....	13
II - La CPTS : un outil	14
Un outil de réponse aux besoins de santé de la population	14
Un outil d'amélioration de la qualité des soins	16
Un outil pour les professionnels	17
III - L'engagement en CPTS.....	18
Une adhésion à l'idée	18
Un temps supplémentaire	19
Des éléments moteurs au cœur de la CPTS	21
Adhérent, un statut à part.....	23
IV - Les CPTS : des structures politiques	24
Une organisation de pouvoir	24
Des relations territoriales.....	26
Une vision politique des CPTS.....	27
ANALYSE SWOT.....	30
DISCUSSION.....	31
Forces et limites de l'étude	31
Comparaison avec la littérature	32
Perspectives.....	36
CONCLUSION.....	39

<i>Bibliographie</i>	40
<i>ANNEXES</i>	43
Annexe 1 : Grille d'entretien	43
Annexe 2 : Échelle SRQR	44
<i>Glossaire</i>	45

INTRODUCTION

En France, la pratique médicale ambulatoire s'est historiquement fondée sur la charte de la médecine libérale de 1927 **(1)**. Il s'agit d'un modèle professionnel non hiérarchisé **(2)** caractérisé par l'absence d'organisation nationale territoriale des soins ambulatoires. La liberté est laissée aux professionnels de s'organiser et aux usagers de recourir aux soignants qu'ils désirent, sans distinction de niveaux de soins.

En 2007, Bourgueil soulignait l'absence de structuration forte des soins primaires en France, contrairement aux pays anglo-saxons et scandinaves **(3)**. Il mettait en lumière le faible taux de regroupement interprofessionnel en France contribuant à un éclatement du milieu ambulatoire et donc des soins primaires. Pourtant, la littérature internationale montre qu'un système de santé apporte de meilleurs résultats en termes de santé publique lorsqu'il se base sur un socle de soins primaires solide bien coordonné **(4)**.

Il est donc apparu nécessaire d'améliorer la coordination des acteurs de soins primaires. C'est le sens des politiques de santé menées ces vingt dernières années en faveur de l'exercice coordonné.

Les différentes évolutions sont : la création des réseaux de santé en 2002 **(5)**, des maisons de santé pluriprofessionnelles en 2007 **(6)** ou encore des centres de santé en 2018 **(7)**.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 marque un tournant dans l'organisation des soins primaires en posant une première définition d'équipes de soins primaires, constituées de professionnels de santé formalisant un projet de santé commun.

Au-delà de ces équipes, cette même loi donne également naissance aux CPTS. Pouvant regrouper des équipes de soins primaires, des personnes morales et des acteurs de santé isolés, elles constituent l'échelon supérieur de la gradation des structures d'exercice coordonné.

Les CPTS sont définies comme des associations de professionnels de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux formalisant un projet de santé sur un territoire. Il

s'agit d'un exercice coordonné allant au-delà du secteur sanitaire pour y inclure les autres acteurs impliqués dans la santé. L'apport de ces structures tient à leur approche à la fois territoriale et populationnelle. D'un côté elles répondent aux besoins de coopération entre toutes les structures d'un même territoire, et de l'autre elles prennent la responsabilité de la population de ce même territoire. Cette double approche populationnelle et territoriale implique des missions à tous les niveaux : coordination entre professionnels, lien avec les acteurs hors du champ sanitaire, promotion de la santé auprès de la population. Les CPTS, n'étant pas des structures de soins, s'éloignent ainsi des patients pour élargir leur champ d'action à tous les habitants d'un territoire, dans une logique préventive. Elles concluent des partenariats avec les acteurs locaux afin d'agir sur tous les déterminants de la santé.

Les premières années de création des CPTS témoignent des difficultés initiales de ce modèle à se déployer sur le terrain **(8)**. Le manque de soutien aux professionnels lors de la création de ces structures ainsi que l'absence de financement pérenne sont particulièrement pointés du doigt. Le plan "Ma santé 2022" traduit par la loi d'organisation et de transformation du système de santé de 2019 **(9)** a récemment réaffirmé l'engagement des politiques pour les CPTS en mettant l'accent sur leur développement pour structurer les soins de ville. L'objectif annoncé est d'assurer un virage ambulatoire en maillant l'ensemble du territoire national par 1000 CPTS d'ici 2022.

Un accord conventionnel interprofessionnel a été conclu entre les syndicats et l'Assurance Maladie en 2019 **(10)**. Un financement est dédié à la mise en place de missions. Celui-ci précise des missions socles, obligatoires pour obtenir le conventionnement :

- accès aux soins (accès à un médecin traitant, prise en charge des soins non programmés)
- organisation de parcours pluri professionnels
- développement d'actions territoriales de prévention

Mais également des missions optionnelles complémentaires ouvrant droit à des financements supplémentaires :

- développement de la qualité et de la pertinence des soins
- accompagnement des professionnels de santé sur le territoire

Il définit également différentes tailles de CPTS selon la population couverte, modulant ainsi les financements alloués :

- CPTS de taille 1 : moins de 40 000 habitants
- CPTS de taille 2 : entre 40 000 et 80 000 habitants
- CPTS de taille 3 : entre 80 000 et 175 000 habitants
- CPTS de taille 4 : plus de 175 000 habitants

Les acteurs investis dans ces structures, comme la fédération des CPTS, rapportent y trouver un moyen de répondre aux besoins de santé de la population et de faciliter l'exercice des professionnels de santé du territoire en améliorant la coordination entre les acteurs et en rendant visibles les soins ambulatoires par une organisation claire reconnus par tous **(11)**. Les CPTS doivent répondre aux demandes des représentants des médecins généralistes. Ceux-ci plaident en faveur d'une meilleure organisation et hiérarchisation du système de santé. L'enjeu est la reconnaissance de l'action des professionnels de soins primaires et garantie d'une meilleure qualité des soins **(12)**.

En juillet 2022, la fédération des CPTS comptait 306 CPTS ayant signé l'ACI-CPTS. Si l'objectif politique de 1000 CPTS d'ici fin 2022 n'est pas atteint, la crise sanitaire a eu un rôle de catalyseur dans l'essor des CPTS qui ont su trouver leur place comme moyen de réponse aux besoins d'organisation des professionnels de santé durant cette période. Ainsi, de nombreux centres de dépistage et de vaccination ont été portés par les CPTS en 2021. Suite à cet engagement sur le terrain, le rôle de réponse aux crises sanitaires a été sanctuarisé à travers un avenant à l'ACI-CPTS fin 2021 **(13)**.

- **Objectif :**

Si les représentants professionnels investis et les acteurs politiques soutiennent l'essor de ces structures **(14)**, aujourd'hui, six ans après leur définition et trois ans après la mise en place de moyens spécialement alloués à leur développement, aucune évaluation de leur impact en termes de santé publique n'a été publiée. Il ressort donc une absence de littérature permettant d'effectuer une analyse des bénéfices et des inconvénients de ces structures récentes.

Seuls certains travaux de thèse se sont récemment penchés sur les freins et les leviers à l'adhésion aux CPTS **(15)**, sur les perceptions des médecins généralistes face au déploiement de ces structures **(16)** ou encore sur les attentes et les craintes **(17)** de ces mêmes professionnels. La population ainsi étudiée était les acteurs extérieurs aux CPTS. Aucun travail à ce jour ne s'est penché sur les apports et contraintes des CPTS d'après les professionnels d'ores et déjà investis dans ces structures.

L'objectif est d'évaluer l'apport des CPTS dans l'exercice de la médecine générale. Nous cherchons à comprendre quels sont les bénéfices et inconvénients de l'exercice coordonné en CPTS pour les médecins généralistes adhérant à ces structures depuis leur création.

MATERIEL ET METHODE

- **Choix du type d'étude :**

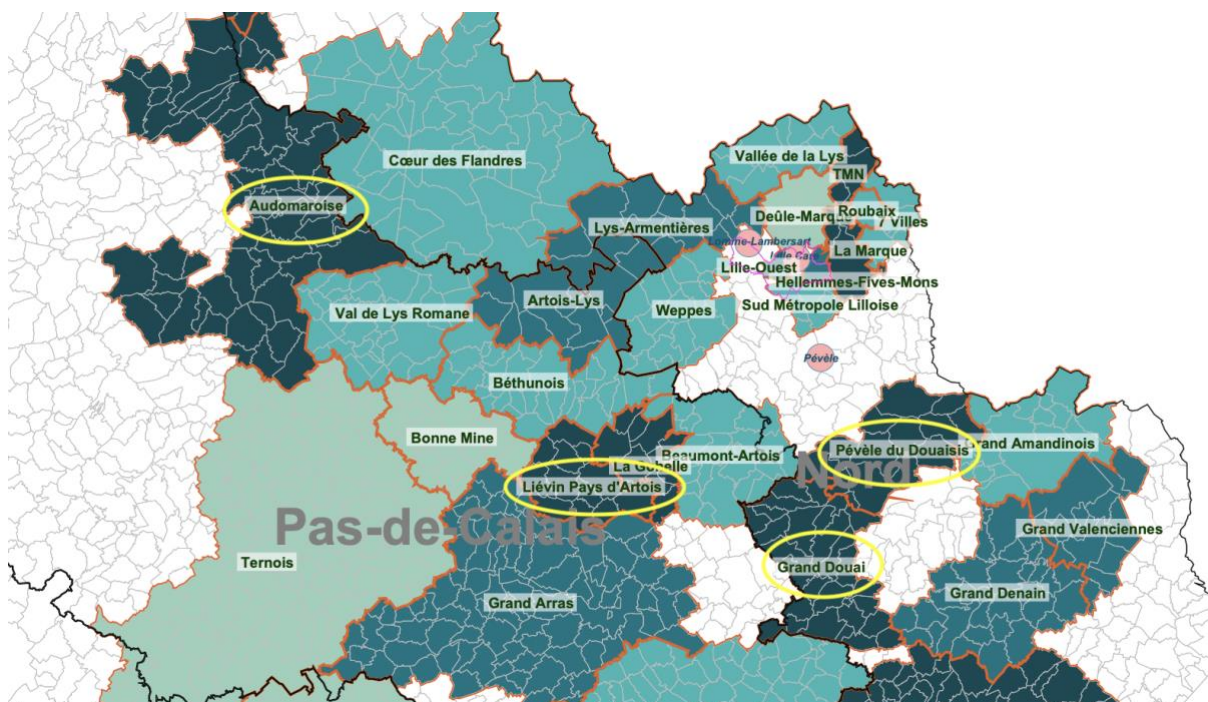
Une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative permet l'exploration du ressenti et de la compréhension de l'expérience propre à chaque médecin généraliste adhérant à une CPTS (**18**).

- **Population :**

En août 2022 dans les Hauts de France, il existe 19 CPTS en plein fonctionnement ayant validé leur projet de santé et signé un accord conventionnel avec l'Assurance Maladie.

Les premières CPTS créées ayant signé cet accord dès 2020, sont au nombre de quatre.

Nom de la CPTS	Date de création de l'association	Date de signature de l'ACI	Nombre de communes couvertes
CPTS Audomaroise	02/02/2019	15/07/2020	58
CPTS Grand Douai	17/06/2019	15/12/2020	21
CPTS Liévin-Pays d'Artois	14/03/2018	01/09/2020	12
CPTS Pévèle du Douaisis	18/06/2019	15/12/2020	14



Carte 1 : cartographie des CPTS des Hauts de France au 13/07/2022 (19)

Nous avons centré cette étude sur trois des quatre plus anciennes CPTS présentées, à savoir la CPTS Liévin-Pays d'Artois, la CPTS Grand Douai et la CPTS Pévèle du Douaisis.

La population de cette étude est issue d'un échantillonnage homogène de médecins généralistes adhérant à l'une des trois CPTS. Elles sont ciblées avec une expérience de plein fonctionnement de plus d'un an. Nous avons ajouté des critères de diversité portés sur l'âge, le genre et le poste occupé au sein de l'association en distinguant les membres du bureau et les adhérents sans fonction particulière attribuée. Le recrutement initial a été effectué en contactant le bureau de chaque CPTS par mail. Les adhérents sans fonction dédiée au sein de l'association ont été sollicités par mail ou par téléphone sur recommandation des membres des bureaux préalablement rencontrés. Aucun adhérent n'a refusé explicitement de participer à l'étude.

Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par des entretiens semi-dirigés individuels. Une grille d'entretien (**annexe 1**) a été élaborée et validée en amont par le directeur de thèse. Les entretiens ont été menés par un investigateur unique, doctorant en médecine générale, entre avril 2022 et juillet 2022. Ils se sont déroulés sur le lieu d'exercice des médecins interrogés. Les entretiens ont duré entre vingt minutes et une heure et dix minutes. Ils ont été enregistrés sur dictaphone avec l'accord des participants, puis retranscrits intégralement sur le logiciel "Microsoft Word". Ils ont été anonymisés en attribuant à chaque participant une lettre dans l'ordre alphabétique, remplaçant leur véritable nom. Le nombre d'entretiens à effectuer n'était pas défini a priori, ceux-ci se sont poursuivis jusqu'à estimation de la suffisance des données par l'investigateur.

Analyse des données

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats de deux chercheurs, tous deux doctorants en médecine générale (RD et CM). L'étiquetage a été conduit à l'aide du logiciel "Microsoft Word" sous forme de commentaires annotés sur les différentes parties. Chaque entretien a été analysé indépendamment afin de faire émerger des thèmes, ensuite connectés entre eux et regroupés sous forme de thèmes ordonnés et enfin en thèmes super ordonnés. Une analyse au format SWOT a ensuite été ajoutée aux résultats pour compléter la réponse.

Les critères de qualité méthodologiques ont été évalués par l'échelle SRQR (**20**). Sur celle-ci, 18 items sur 21 étaient respectés.

RÉSULTATS

Population de l'étude

Au total, dix entretiens ont été menés.

	Tableau 1. Caractéristiques des participants
Âge	Entre 37 et 66 ans (moyenne : 53,3 ans) <ul style="list-style-type: none">• < 40 ans : 1 (10%)• 40-50 ans : 3 (30%)• 50-60 ans : 2 (20%)• > 60 ans : 4 (40%)
Genre	<ul style="list-style-type: none">• Femmes : 3 (30%)• Hommes : 7 (70%)
Année d'installation	Entre 1985 et 2014 <ul style="list-style-type: none">• 1985-1995 : 4 (40%)• 1995-2005 : 2 (20%)• 2005-2014 : 4 (40%)
Patientèle traitant médecin	Entre 612 et 1800 patients <ul style="list-style-type: none">• < 1000 patients : 3 (30%)• 1000-1500 patients : 5 (50%)• > 1500 patients : 2 (20%)
Lieu d'exercice	<ul style="list-style-type: none">• Urbain : 6 (60%)• Semi-rural : 3 (30%)• Rural : 1 (10%)
Mode d'exercice	<ul style="list-style-type: none">• Maison de santé pluriprofessionnelle : 7 (70%)• Cabinet de groupe : 3 (30%)• Activité mixte : 4 (40%)

Temps de travail hebdomadaire (hors CPTS)	<ul style="list-style-type: none"> ● 8 demi-journées : 3 (30%) ● 9 demi-journées : 3 (30%) ● 10 demi-journées : 4 (40%)
CPTS	<ul style="list-style-type: none"> ● CPTS Grand Douai : 5 (50%) ● CPTS Liévin-Pays d'Artois : 3 (30%) ● CPTS Pévèle du Douaisis : 2 (20%)
Année d'adhésion à la CPTS	<p>Entre 2018 et 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2018 : 1 (10%) ● 2019 : (60%) ● 2020 : (30%)
Statut au sein de l'association	<ul style="list-style-type: none"> ● Membre du bureau : 5 ● Adhérent : 5

I - L'exercice coordonné territorial : un changement

Une expérience humaine

Les participants mettent unanimement en avant l'aspect humain de leur expérience d'exercice coordonné en CPTS : *“ce lien c'est tout simplement de la relation humaine”* (MC)

L'un d'entre eux décrit son engagement comme une *“belle aventure humaine, relationnelle, populationnelle”* (MC).

Ils soulignent les rencontres multiples effectuées depuis leur adhésion à la structure et le changement engendré : *“tout le monde s'est vraiment rencontré, c'était très mélangé, les spécialistes du second recours, les médecins généralistes, les paraméd”* (MJ).

Pour les médecins généralistes rencontrés, l'expérience de la CPTS est une opportunité offerte pour se rapprocher : *“c'était l'occasion de ben discuter un peu avec*

eux ou mettre un visage sur un nom et par l'intermédiaire des patients en fait ça nous rapproche aussi, ça permet de voir à qui on a affaire" (MG).

Ces rencontres ne se concentraient pas uniquement sur l'exercice professionnel mais aussi sur des échanges personnels informels : *"puis on papotait, quand on avait des trous, ce qui n'était pas très souvent mais de pouvoir euh « alors qu'est-ce que tu fais ? » etc." (MI).*

Les participants ont tous rapportés un enrichissement sur le plan humain par les relations créées entre les soignants, sans distinction de profession : *"cette relation que j'ai depuis que je suis à la CPTS avec les autres professionnels c'est quelque chose qui est très enrichissant." (MB).*

L'expérience de la CPTS est vue comme une opportunité d'apprendre à se connaître : *"c'est des gens qui se mettent autour d'une table, qui se parlent, qui s'apprécient, qui apprennent à se connaître" (MA).*

Ceci constitue un changement notamment pour les participants ayant déjà une longue expérience professionnelle sur leur territoire : *"c'était hallucinant depuis [X] ans que je suis dans le cabinet je ne connaissais pas euh la moitié et en fait on a commencé à se connaître" (MF).*

Ces rencontres, et relations tissées participent à une compréhension mutuelle des professionnels, développant grâce à la CPTS une véritable prise en compte de l'autre : *"là on avait la possibilité d'avoir aussi le ressenti des différents professionnels de santé" (MG).*

Tous les participants ont rapporté avoir amélioré la qualité de leurs échanges avec les autres professionnels, notamment en levant certains freins liés à des appréhensions : *"avec nos confrères spécialistes, on a explosé les clivages, les difficultés qu'il y avait de travailler avec certains confrères spécialistes parce que c'est ces spécialistes-là qui sont venus vacciner" (MA).*

Ces relations tissées ont permis d'unifier un groupe, une communauté de professionnels : *“ça a été super bien parce que ça a permis là vraiment d'unifier toutes les équipes” (MJ).*

Leur expérience leur a permis de former une association de professionnels soudés y compris dans les difficultés : *“un élan de solidarité qui n'existait pas avant je pense” (MI).*

L'expérience humaine vécue est aussi source de difficultés avec des conflits liés à des divergences : *“je pense que les plus grandes difficultés c'est qu'il faut réussir à s'entendre avec des personnes qu'on ne connaît pas forcément très bien et avec qui on ne travaille pas forcément tous les jours. C'est euh... Je pense le relationnel entre les professionnels c'est quelque chose qui n'est pas facile. On a tous des caractères qui sont hyper différents [...] Après c'est de l'humain hein” (MJ).*

De l'exercice isolé au travail d'équipe

L'exercice en CPTS constitue un véritable changement de paradigme pour les participants, passant d'un exercice isolé à une vision associative en équipe : *“On n'a pas l'impression d'avoir changé beaucoup de choses mais en fait je pense qu'en mentalité on a changé beaucoup de choses” (MI).*

Les liens forgés se sont traduits dans un engagement profond en faveur du travail d'équipe : *“on veut plus travailler chacun dans notre coin, on veut du réseau de soins” (ME).*

Ce travail est formalisé par les participants dans la construction d'un projet commun : *“On va plus se contenter de faire chacun son business dans son coin et dire euh je fais ou je ne fais pas, là on va partir sur un projet” (MB).*

Cette évolution de l'exercice est vécue comme un changement de la pratique, notamment pour les professionnels les plus âgés : *“ce qui est complètement différent de notre... de nos habitudes de pratique” (MG).*

Les participants envisagent ce travail d'équipe comme une opportunité de se soutenir en améliorant la répartition de la charge de travail : *“on pourra mutualiser les forces” (MF).*

Travailler en équipe en CPTS implique des relations non hiérarchiques d'égal à égal, décentralisant la gouvernance du médecin : *“Une CPTS c'est surtout pas centré sur le médecin généraliste” (MC).*

Cette vision nouvelle du travail commun a changé la façon d'envisager le fonctionnement en s'habituant à prendre en compte le point de vue des autres : *“les gens disent « moi je, moi je », je leur dis « ouai mais... t'es pas tout seul quoi »” (MH).*

Ce changement dans l'exercice s'accompagne aussi de difficultés, notamment pour les professionnels ayant exercé longtemps seuls et s'étant habitués à un exercice isolé : *“c'est pas évident de changer vraiment ses habitudes” (MD).*

Un changement de regard sur la pratique

L'exercice coordonné en CPTS a fait évoluer le regard que porte la majorité des participants sur leur pratique de la médecine générale. L'un d'entre eux rapporte y voir *“une évolution du métier” (MI).*

Cette évolution de la pratique implique une approche de santé publique hors de la patientèle, traduite par une responsabilité collective : *“on accepte l'idée qu'on ait collectivement une responsabilité de la prise en charge de la population” (MI).*

L'évolution est générée par un changement de mentalité, lié au développement d'une réflexion nouvelle hors du cadre habituel du soin : *“c'est intéressant justement que les CPTS existent et que les médecins sortent de leur cabinet pour avoir cette réflexion-là” (MH).*

Ces changements engendrent une prise de recul sur la pratique, en envisageant la situation plus globalement, les participants s'incluent alors dans un système de santé plus large : *“Et puis ça élargit un petit peu aussi mon horizon de médecin généraliste isolé parce que maintenant je réfléchis à ces projets-là qui sont mis en place par la CPTS” (ME).*

Le changement dans la pratique de la médecine générale était perçu comme minime, celui-ci étant plus de l'ordre du regard porté sur l'exercice : *“C'est un ensemble de choses qui ont modifié, sur des objectifs particuliers, ma façon de travailler. Ça ne l'a pas changé au quotidien, ça a complété un petit peu les choses quoi” (MH).*

II - La CPTS : un outil

Tous les participants soulignent l'utilité de la CPTS. Elle se définit comme un moyen, un outil à disposition des professionnels, et non comme une finalité en soit : *“c'est un outil qui est en train de se mettre en place” (Médecin A), “pour amener de la qualité de prise en charge, pour améliorer le maillage territorial, pour améliorer la communication entre professionnels de santé, et toujours dans l'intérêt soit du patient, soit d'une patientèle, soit d'une population” (MC).*

Un outil de réponse aux besoins de santé de la population

La volonté principale exprimée par les participants est celle de créer *“une CPTS opérationnelle, qui répond vraiment aux besoins d'une population sur notre territoire” (MC).*

Les projets développés ont pour objectif d'aider à la population. Les médecins généralistes ayant participé à ces projets voient ainsi dans les CPTS *“une bonne solution pour aider la population” (MI).*

Les professionnels interrogés ont témoigné des projets menés, ayant permis de répondre aux attentes de la population. Que cela soit sur l'accès aux soins non programmés : *“Donc ça permet par exemple bah les gens qui ne trouvent pas de médecin et dieu sait si c'est fréquent euh... ça permet de les inclure quoi, donc soit ici, soit ailleurs, etc”* (MD), ou encore dans le cadre de la crise sanitaire *“informer les gens qui appelaient, qui avaient un problème de santé, qui avaient plus accès à leur médecin traitant”* (MA).

L'un des participants explique que la CPTS est un outil adapté aux besoins spécifiques de chaque territoire, c'est pourquoi les projets menés se basaient d'abord sur un diagnostic de terrain : *“c'est parti d'une enquête auprès des familles”* (MC).

Plusieurs participants détaillent comment la CPTS s'est adaptée aux situations imprévues, comme lors de la crise sanitaire, en priorisant les actions nécessaires par rapport à celles initialement planifiées : *“il fallait le faire, on l'a fait”* (MC).

Les actions menées se sont avérées utiles à la population d'après les retours de tous les participants : *“Je trouve que ce truc là qu'on a fait en très peu de temps était assez fantastique. Assez fantastique parce que du coup ça a permis d'aider les patients”* (MJ).

Beaucoup soulignent l'engagement dans la campagne de vaccination contre la COVID-19 comme témoignage d'action utile à la population : *“la grosse utilité ça a été vraiment l'année 2021 dans la vaccination, en plein dedans quoi”* (MD).

Répondre aux attentes s'est traduit par une pression pour l'un des participants, notamment sur la thématique de l'accès aux soins : *“Là nous on a une pression qui est quand même assez forte par rapport à ça. Et du coup ça rajoute une couche, ouai. On a une pression de l'accès aux soins qui est assez forte”* (MJ).

L'un des participants a souligné avoir cherché à dépasser les demandes, pour tenter de répondre aux besoins réels de la population, s'incluant ainsi dans une démarche d'aller-vers : *“il ne faut pas répondre à la demande des gens, il faut répondre à leurs besoins et demande n'est pas forcément besoin”* (MC).

Un outil d'amélioration de la qualité des soins

La CPTS est vue par les participants comme un outil à leur disposition pour améliorer leur travail, notamment par une coopération accrue : *“C'est un outil qui devrait donner le moyen au médecin généraliste de faire leur travail dans un mode de fonctionnement pluriprofessionnel, interprofessionnel, médico-social” (MA).*

L'un des participants exprime améliorer ses compétences par son engagement et son appartenance à une CPTS : *“Je suis meilleur grâce à la CPTS, grâce à ce que la CPTS fait sur mon territoire” (MC).*

La CPTS formalise le travail en équipe, permettant d'optimiser les prises en charge. Cette mutualisation du soin en équipe se traduit notamment par l'utilisation du “on”, le soin n'étant plus limité à la rencontre entre un médecin et un patient : *“en travaillant ensemble on arrive à être plus efficace” (MI).*

Un des objectifs des CPTS fréquemment souligné est celui d'améliorer la qualité des soins, quel que soit le professionnel les prodiguant, les barrières entre professionnels s'effaçant au profit d'une vision globale : *“nous dans la CPTS tout ce qu'on fera, et tout ce qu'on fait, c'est pour améliorer la qualité sur notre territoire.” (MB).*

La notion de pertinence des soins ressort également des propos d'un des participants : *“notre intérêt et notre objectif c'est la pertinence des soins autour du patient” (MB).*

L'outil CPTS a permis d'améliorer les parcours de soins d'après l'expérience de plusieurs adhérents : *“On part du parcours du combattant [...] au parcours fluidifié, optimisé, monde de bisounours, ça on l'a fait”, “c'est un rôle de fluidification du parcours de santé du patient” (MC).*

Un outil pour les professionnels

Les participants soulignent l'utilité des CPTS pour se regrouper. Il s'agit d'un support associatif facilitant l'union : *“l'union des libéraux du coin et du réseau de soins a été faite par la CPTS sur notre territoire” (ME).*

L'outil CPTS est décrit comme un support à l'exercice coordonné, notamment pour ceux ayant initialement un exercice isolé : *“le côté collaboratif euh réseau de soins, enfin exercice coordonné je l'ai grâce à la CPTS et pour l'instant ça me convient bien” (ME).*

Les projets menés aident les médecins généralistes dans leur exercice quotidien : *“moi en tant que médecin généraliste dans mon cabinet ça m'aide beaucoup” (MC).*

La CPTS est perçue comme une aide, une ressource dans l'exercice de la médecine générale : *“grâce à la CPTS et ben je sais si j'ai une problématique qui est en lien avec le projet de santé que la CPTS développe et ben je sais qu'il y a du contact facile, je sais qu'il y a un protocole parcours” (MC).*

L'un des médecins interrogés souligne les efforts déployés pour que les actions de la CPTS soient adaptées aux besoins des professionnels. Pour cela, la phase préalable à la construction de projets a été de recueillir les attentes : *“on a fait tout un travail de terrain. On a fait des rencontres sur le terrain, on a rencontré plus de 250 professionnels de santé pour savoir ce qu'ils voulaient mettre dans le projet de santé” (MC).*

Unanimement, la CPTS est décrite comme un outil facilitant la pratique : *“dans ma pratique ça facilite, vraiment” (ME).*

L'utilité de la CPTS tient également dans la construction d'un réseau de soutien pour les professionnels en difficulté, qui s'est révélé efficace dans le cadre de la crise sanitaire : *“je crois que déjà ce qui a changé c'est que j'aurais été beaucoup plus en difficulté si elle avait pas été présente au moment de la gestion de la crise covid” (ME).*

La CPTS est également vue comme un partenaire pour mener des projets : *“Par contre je vais normalement solliciter prochainement très prochainement la CPTS en partenaire”* (MF).

III - L'engagement en CPTS

Une adhésion à l'idée

Les participants rapportent majoritairement une conviction profonde dans l'utilité de l'exercice coordonné interprofessionnel : *“au départ j'étais convaincu que c'était dans ce sens-là qu'il fallait aller. Euh le travail en équipe, l'exercice coordonné”* (Médecin J). Cette conviction se traduit notamment par l'emploi du “on” pour les participants les plus engagés : *“On était déjà tous dans des états d'esprit de fonctionnement pluriprofessionnel”* (MA).

Mais cette conviction naît aussi pour plusieurs participants d'une expérience initiale préalable à leur investissement dans la CPTS : *“Historiquement notre CPTS, avant d'être une CPTS, c'était un comité ville-hôpital qui s'est transformé en CPTS”* (MB).

L'engagement dans la CPTS est vécu par la majorité des médecins interrogés comme une évolution naturelle, un cheminement, à la suite d'un engagement préalable, notamment pour les professionnels déjà investis en maison de santé pluriprofessionnelle : *“C'est venu naturellement”* (MA).

Cette formalisation ne se limite pas aux participants déjà engagés dans des structures d'exercice coordonné, mais également pour ceux appartenant à des organisations officieuses préexistantes comme pour ce participant : *“limite c'était comme une formalité de dire allez du groupe WhatsApp je signe le papier pour l'adhésion”* (MF).

Quelle que soit l'opinion des participants sur les CPTS ou sur leur rôle, en pratique, on note une adhésion unanime à l'idée de base de la structure : *“l'objectif est bien, c'est ambitieux ce qu'on fait”* (MB).

Un temps supplémentaire

L'engagement en CPTS se traduit unanimement par un temps supplémentaire accordé à la structure : *“C'est un temps en plus plutôt que du temps en moins” (Médecin H).*

Le terme “travail” n'a été utilisé que par un seul participant, cet engagement étant plutôt vu comme une activité, un temps dédié à la CPTS : *“un temps supplémentaire non indemnisé” (MC).*

Les participants rapportent avoir réalisé cette activité en partie sur leur temps personnel, empiétant ainsi sur leur vie privée : *“Avant c'était du temps de loisir, maintenant c'est du temps de coordination” (MB).*

Cet engagement s'effectue également pendant des temps de congés, le temps donné à la structure n'étant pas forcément envisagé comme un travail : *“j'avais plus aidé la CPTS pendant mon congé maternité, maladie, parce que j'avais dit de toutes façons je suis dans mon canapé” (ME).*

Les participants rapportent également exercer ces fonctions en parallèle de leur exercice médical avec un engagement qui empiète sur le temps dédié à leurs patients : *“ça empiète un petit peu forcément sur mon travail au cabinet” (MB).*

L'engagement en CPTS inclut également du temps de soin s'entremêlant à l'activité habituelle, comme pour la participation à la campagne de vaccination contre la COVID-19 ou bien pour favoriser l'accès aux soins non programmés de la population : *“j'ai dégagé du temps alors là vraiment soignant pour la CPTS” (MI).*

Cette double fonction de coordination et de soignant met en difficulté les participants engagés, au regard du temps soignant déjà investi dans leur exercice quotidien : *“c'est du débrouillage, c'est du bidouillage, on le fait entre deux patients, on prend des décisions euh en message, on s'appelle entre deux” (MJ).*

Les médecins interrogés les plus engagés dans la CPTS ont majoritairement rapporté un épuisement associé aux fonctions qu'ils ont assurés : *“Éprouvante, fatigante, il y a eu des nuits très difficiles, des coups, des gros coups durs” (MC).*

Ce temps supplémentaire étant associé à une charge : *“je trouve que c'est une charge mentale euh de dingue !” (MJ).*

La possibilité d'assurer un tel engagement est rendue possible par le soutien d'autres médecins généralistes, moins investis dans la CPTS, afin de répartir la charge de travail soignant : *“on est plusieurs au cabinet donc je peux me reporter un peu sur les autres collègues au cabinet” (MB).*

Plusieurs participants ont rapporté avoir pu dégager du temps pour la CPTS grâce à la présence d'internes assurant la continuité des soins lors de leurs indisponibilités : *“après oui y'a les internes aussi quand même, euh oui les internes, quand il y a notamment les internes SASPAS ça me dégage du temps [...] donc le fait d'être maître de stage effectivement c'est une force, c'est un point fort” (MC).*

L'un des participants exprime que cet engagement a contribué à dégrader ses conditions d'exercice au vu de la charge de travail induite : *“moi pour ma part, j'ai un exercice rêvé ici, euh et depuis que la CPTS est là, bah l'exercice il est vachement moins rêvé” (MJ).*

Certains adhérents interrogés regrettent de ne pas disposer de plus de temps afin de pouvoir s'investir davantage. Ils décrivent ainsi une frustration face à l'impossibilité de s'engager autant qu'ils le souhaiteraient : *“j'aurai envie de donner beaucoup plus” (MC).*

Les entretiens réalisés font ressortir de l'engagement des médecins une activité supplémentaire intimement intriquée à la vie quotidienne, rendant difficile l'estimation du temps accordé : *“alors il y a aussi tout le temps qu'on ne compte pas qu'il y a sur les échanges, quand il y avait le groupe WhatsApp” (MI).*

L'engagement étant variable et adapté aux besoins de la structure, il apparaît complexe de sanctuariser un temps fixe : *“c'est difficile à estimer, il y a des semaines où on peut donner 15-20h à la CPTS et d'autres où c'est 3-4h quoi” (MJ).*

Les activités réalisées pour la CPTS impliquent l'exercice d'un rôle nouveau, avec des fonctions différentes du rôle de soignant. Les compétences nécessaires se distinguent alors de celles habituellement mobilisées, notamment pour les participants, non formés à ce type de pratique : *“La CPTS c'est toujours de l'inconfortable, c'est des*

choses à créer, des choses nouvelles, avec des gens qu'on ne connaît pas forcément, c'est toujours de l'inconfortable" (MJ).

Tous les participants ont rapporté accorder du temps aux réunions *" Il y a beaucoup de temps de réunion, de réflexion, parfois de rencontre avec d'autres professionnels mais effectivement beaucoup de réunions"* (MB).

Ils rapportent aussi assurer un rôle administratif *"il a fallu déposer une demande à l'ARS"* (MA).

Ils soulignent aussi un rôle de gestion de projets *"on a géré les centres de vaccination"* (MB).

Des éléments moteurs au cœur de la CPTS

Tous les participants ont souligné des différences dans l'investissement des membres de CPTS, avec notamment des éléments moteurs, fortement engagés, portant la structure : *"on mobilise en fait toujours les mêmes, mais ça fonctionne tout le temps comme ça. Tu ne peux pas créer une organisation comme ça à l'échelle d'un territoire sans qu'il n'y ait des éléments moteurs qui sont toujours les mêmes, tu retrouves toujours les mêmes dans toutes les professions"* (MA).

Parmi ces éléments moteurs, on distingue des leaders : *"forcément dans une structure comme ça bah il y a toujours des leaders quoi"* (MF).

Souvent ce rôle est dévolu au président, un poste central à la tête de la structure. Plusieurs des médecins interrogés ont mis en avant la fonction de leader du président de leur CPTS : *"ça s'est surtout fait sur l'impulsion du président de notre CPTS"* (ME).

Au-delà du président, le rôle de leader est décrit comme assuré plus largement par des membres ayant une expérience préalable d'exercice coordonné, leur accordant une légitimité : *"il y a eu des gens qui étaient déjà sur des dynamiques de maison de santé qui ont naturellement pris en main la CPTS"* (MA).

Le rôle de leader s'apparente dans les retours des participants à celui d'un guide : *"C'est de décider, d'orienter les choses"* (MJ).

L'objectif du leader est défini par ceux qui assurent ce rôle comme rassembler et fédérer les acteurs de santé du territoire : *“un vrai leader c'est celui qui avance mais qui embarque tout le monde sur le même chemin”* (MC).

Cette fonction peut s'avérer difficile, notamment à cause de la charge de travail dévolue, comme le souligne l'un d'entre eux : *“Au final, pour les leaders de CPTS, c'est quand même pas facile (rires), ouai c'est quand même pas facile”* (MJ).

Ce rôle de leader est pourtant décrit par tous comme nécessaire au bon fonctionnement de la structure : *“ je pense qu'il y a quelques personnes qui supportent cette charge importante et qui permettent à la CPTS d'avancer. Il faut ça”* (MJ).

Le leader pour pouvoir assumer son rôle, délègue progressivement une partie de son travail pour fonctionner en équipe : *“en tant que président je suis très content de m'effacer, de savoir compter sur une bonne équipe”* (MC).

Il forme ainsi autour de lui une équipe restreinte de pilotage : *“on avait un noyau dur de fous furieux là, on en avait 7-8”* (MC).

Cette équipe se formalise dans l'organisation par l'appartenance à une instance décisionnelle citée par tous les participants, le bureau de la CPTS : *“les gens qui sont motivés par la CPTS, ils les ont quasiment tous fait rentrer au bureau quoi”* (ME).

Dans certaines CPTS, il est même question d'un comité plus restreint que le bureau, nommé « comité restreint », « comité stratégique » ou encore « bureau restreint » selon les noms donnés par les différents médecins interrogés : *“le bureau plus restreint finalement qui prend les décisions souvent en amont qu'on fait ensuite valider par les membres du bureau après”* (ME).

Les membres de ces instances sont ceux les plus sollicités et rapportent assumer un poids supplémentaire : *“quand on est un peu moteur dans la CPTS, un peu à l'initiative, euh ben c'est plein de nouveaux problèmes qui arrivent”* (MJ), ainsi qu'un temps de travail plus important au regard des réunions dédiées à ce groupe : *“j'interagis beaucoup avec les membres du bureau restreint euh et puis je prends le temps de pas mal de réunions en visio notamment sur le midi”* (ME).

Adhérent, un statut à part

L'engagement des adhérents est rapporté par tous comme basé sur le volontariat : *“c'est des contraintes qui sont tout à fait acceptées et choisies puisque c'était basé sur du volontariat” (MI).*

Cette modalité permet aux adhérents de ne s'engager que modérément en accordant du temps lorsqu'ils le souhaitent sans endosser de lourdes responsabilités : *“Pour l'instant moi je me suis mis plutôt dans des choses ponctuelles, encore une fois par volonté” (MH).*

La majorité des participants rapportent une absence totale de contrainte en tant qu'adhérent : *“dans toutes ces structures là c'est vraiment un mode où il n'y a pas moyen de dire à quelqu'un « tu vas faire comme ça ». Et même parce que t'as signé tu vois” (MA).*

Pour autant, celle-ci est nuancée par l'un des participants qui signale une obligation à partir du moment où l'on adhère à la structure : *“dans le cadre de la CPTS on est censés justement, on est tenus de garder des créneaux de rendez-vous ouverts pour des collègues s'il y a plus de places” (MF).*

Ce mode d'engagement est salué par les adhérents qui y voient une souplesse rassurante : *“Il y a cette souplesse euh de possibilité d'engagement, s'il y a des moments on est un petit peu moins disponible bah c'est très simple de dire hop !” (MI).* Malgré ce mode volontaire d'engagement, la plupart des participants membres de bureau témoignent d'un engagement global réel dans la structure : *“on a pratiquement tous les professionnels qui sont adhérents de la CPTS et qui sont à fond dans les projets” (MB).*

Certains s'engagent peu : *“je n'ai pas encore eu le temps du tout.” (MF).*

D'autres rapportent utiliser la CPTS plus qu'ils ne donnent : *“Je ne m'occupe pas tellement de la gestion finalement. Je prends de la CPTS que ce qui me plait et ce qui me sert dans mon exercice de médecine générale” (ME).*

Des adhérents méconnaissent la structure et ses actions, traduisant un faible niveau d'engagement : *“ je pense qu'il y a un groupe euh dirigeant, mais je ne sais pas s'il*

s'appelle vraiment CA ou si c'est des membres qui sont un petit peu plus investi ou si c'est un grand bureau" (MI).

Cette méconnaissance s'accompagne d'un sentiment de non-appartenance des adhérents à la CPTS. Ce point se traduit par une désignation de la CPTS comme une entité externe dans laquelle ils ne s'incluent pas : *"Pour l'instant je me sens clairement plutôt en spectateur de la structure" (MF).*

Cet engagement en marge du cœur de la CPTS fait écho au mode de gouvernance centralisé, géré par les instances décisionnelles comme le bureau. Ce sentiment de mise à l'écart est exprimé par certains adhérents qui regrettent de ne pas être impliqués dans les décisions : *"parfois j'ai eu l'impression qu'il y avait eu des choses qui s'étaient mises en place sans qu'on ait vraiment pu réfléchir ensemble." (MI).*

La majorité des adhérents sont peu impliqués dans la vie de la structure. L'engagement est généralement participatif sans implication dans la CPTS : *"on reçoit plein de trucs, on y répond, on n'y répond pas, on oublie... Donc c'est toujours par des sollicitations. Mais c'est tout" (MD).*

IV - Les CPTS : des structures politiques

Une organisation de pouvoir

Le regroupement des acteurs de santé est unanimement décrit comme conférant une force nouvelle, un pouvoir : *"regrouper les maisons de santé pour qu'elles aient un certain pouvoir, alors pas pouvoir au sens on veut prendre le pouvoir sur les autres, sur ceux qui sont tout seuls mais disons une certaine reconnaissance, une certaine force, un certain potentiel ne serait-ce que par le fait qu'ils se regroupent" (MA).*

Ce pouvoir est considéré par certains comme renforcé par la visibilité de la structure aux yeux des instances : *"être visible, parce que là les ARS par exemple, bah oui les CPTS ça leur dit quelque chose" (MF).*

Le pouvoir de la CPTS provient pour plusieurs participants de la légitimité accordée par les instances : *“J’ai surtout l’impression que les autorités nous écoutent. Et que ce que nous avons dit tout le temps, toute la période du covid, on était écouté. J’ai l’impression que les autorités, c’est à dire que ce soit l’ARS ou la caisse primaire d’assurance maladie, attendaient qu’il y ait une CPTS pour savoir à qui s’adresser”* (MB).

Les actions menées sont décrites par plusieurs médecins interrogés comme ayant permis de donner un poids supplémentaire à la structure, et donc à l’engagement des professionnels investis dans celle-ci : *“C’est vraiment permettre enfin une reconnaissance de l’action dans le système de santé, et de l’efficacité du soin primaire”* (MI).

Ces différents éléments confèrent à la CPTS un pouvoir d’action sur leur territoire souligné lors de plusieurs entretiens : *“on s’est réapproprié le fonctionnement de la ville”* (MA).

Ce pouvoir se traduit également dans la possibilité de se positionner comme force d’opposition représentant les acteurs de santé du territoire, développant ainsi une action apparentée à celle d’un syndicat : *“on s’est rendu compte quand même qu’on pèse beaucoup, en tout cas lourd, et ça nous permet aussi de défendre mieux en tout cas l’intérêt de tous les professionnels de santé”* (MB).

Le pouvoir acquis par la structure est décrit par la majorité des participants comme concentré autour des leaders, membres chargés de représenter la CPTS et donc les professionnels de santé ambulatoires : *“ça devient une entité vivante, représentée par des leaders, forcément parce que sinon ça ne peut pas marcher, et du coup il y a des contacts qui se font entre les grandes instances et cette nouvelle grande instance”* (MF).

Cette concentration du pouvoir est envisagée par certains comme un risque de dérive, ceux-ci soulignant l’importance de conserver un fonctionnement démocratique. Ce grand pouvoir attribué aux leaders implique selon eux une grande responsabilité vis-à-vis des acteurs du territoire qu’ils représentent : *“la question c’est toujours est ce que*

qu'on est représentatif ? Est-ce que nous qui nous investissons dans la CPTS, on est en train de mener de projets pour lesquels 3/4 notamment des médecins ne vont pas suivre voir même pensent qu'on prend trop les devant enfin qu'on prend trop de décisions un peu à leur place, ça je ne sais pas trop" (ME).

Mais il implique aussi une responsabilité vis-à-vis de la population du territoire en général, au risque de perdre de vue les objectifs fixés initialement : *"ça fait peut-être partie des risques justement, de... d'être trop descendant et de se déconnecter de la réalité, du quotidien des patients" (ME).*

Des relations territoriales

Les actions des CPTS impliquent des relations étroites avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire comme le souligne ce participant : *"c'est ça l'idée c'est euh la CPTS c'est pas les professionnels de santé qui la font, c'est surtout les acteurs et en fait sur un territoire tout le monde est acteur de santé, les élus, le maire, les députés, euh les présidents d'associations sportives, ceux qui tiennent des CCAS, les citoyens bénévoles qui veulent s'investir euh voilà, c'est tout le monde. Tout le monde est acteur de santé à un moment donné ou à un autre" (MC).*

Un des acteurs principaux avec lequel la CPTS interagit est l'hôpital. Les relations sont complexes avec un chevauchement des actions entre ambulatoire et hospitalier, source de conflits. Certains médecins interrogés rapportent une dynamique apparentée à une concurrence : *"ça peut créer des malentendus, des mauvaises interprétations de la part des hospitaliers. Ils s'imaginent ça [les CPTS] ... En fait certains s'imaginent ça comme une énorme structure médicale, presque comme un hôpital justement, donc concurrentiel en ville" (MC).*

Pour autant, les liens avec l'hôpital varient d'un territoire à l'autre avec parfois de bonnes relations et des projets communs comme présenté par cet adhérent : *"là le degré suivant c'est de participer au comité ville-hôpital qui se fera avec le GHT [...] dans le cadre d'une inter CPTS autour du GHT" (MB).*

Sur certains territoires, l'interaction CPTS-hôpital se traduit par une absence de lien comme le décrit ce médecin : *"ce qui a été aussi un petit peu dommage dans toute cette dynamique c'est qu'on n'a pas créé du lien supplémentaire avec l'hôpital" (MA).*

Plusieurs participants ont par ailleurs souligné l'existence de tensions avec l'hôpital : *“compliqué, très très compliqué de bosser avec l'hôpital et ça l'était avant, je ne pense pas que la CPTS a permis d'arranger les choses”* (MA).

Un lien fort s'est créé avec les autres acteurs du territoire, notamment avec les instances et les élus locaux. Celui-ci pouvait se traduire par une sollicitation de la CPTS afin de répondre à une problématique : *“Et donc là on a été sollicité par d'autres communes forcément qui sont en manque de médecins”* (MB).

Il pouvait également prendre la forme d'aides octroyées afin de soutenir les actions de la CPTS : *“tout ce qui est négociations du CPOM, discussions avec les autorités, montage des projets, donc euh ça peut être avec les autorités : ARS/sécu, avec les partenaires”* (MB).

Une vision politique des CPTS

La majorité des participants rapportent avoir vécu le développement des CPTS comme étant une attente politique. Cela s'est traduit par la perception d'une volonté d'affichage politique sans prise en compte des besoins réels : *“j'ai déjà plusieurs fois dit à l'ARS nous on ne fait pas ça pour vous faire plaisir ou faire plaisir au ministère parce que si vous créez des CPTS partout vous ferez plaisir au ministère, nous on fait ça dans l'intérêt de la population, dans l'intérêt de la santé de notre territoire”* (MC).

Les leaders ayant interagi avec les institutions rapportent aussi un manque de souplesse, notamment dans la définition des missions : *“Sur notre territoire, c'était la thématique. Et quand on a commencé à discuter critères ACI pour valider le projet de santé, pour avoir de l'argent, l'ARS nous a dit « bah non ça ne fait pas partie des priorités du PRS » voilà”* (MC).

Le cadre institutionnel des CPTS est identifié dans les entretiens comme une approche descendante contraignante, c'est-à-dire une logique visant à dicter uniformément par les instances gouvernantes les missions à mener par chaque CPTS : *“Là on reste dans un schéma une approche ministère ARS terrain très descendante”* (MC).

Cette vision d'un système descendant s'oppose à ce que les porteurs de CPTS rapportent vouloir défendre. Plusieurs participants, y compris hors bureau, expliquent organiser un système ascendant, partant des besoins identifiés par un travail de terrain préliminaire, l'estimant plus à même de répondre aux besoins réels de chaque territoire : *“elle ramène vraiment le pratico-pratique de ce qu'on vit au quotidien aux instances et aux dirigeants, c'est trop déconnecté du terrain hein globalement les décisions qui sont prises” (ME).*

Certains leaders ont été mis en difficultés par un conflit entre les intérêts de leurs interlocuteurs politiques et les leurs. Les CPTS agissant pour la santé de la population de leur territoire et les élus s'investissant pour la population de leur territoire, le découpage étant différent : *“le président de la Communauté d'Agglomération il dit « il y a un problème hein parce que votre CPTS ça va qu'elle a vacciné des gens qui viennent pas du territoire ok mais c'est pas l'agglomération, votre territoire correspond pas à la Communauté d'Agglomération » puis il y a les maires qui frittent « comment ça se fait qu'il y ait des sous qui aient été donnés qui viennent de la communauté alors que les gens qui sont là ils sont [d'ailleurs] ? »” (MA).*

Si les participants identifient bien la volonté politique d'utiliser les CPTS pour structurer le milieu ambulatoire, ils envisagent leur rôle comme une opportunité de défendre le milieu ambulatoire, et notamment les soins primaires, considérés comme insuffisamment reconnus par rapport à leurs missions : *“je trouve que c'est un important justement que la CPTS elle soit la représentante du soin primaire, du soin de ville” (ME).*

De plus, les porteurs pointent du doigt le manque de moyens dédiés aux CPTS, ne permettant pas de se structurer suffisamment : *“Donc on nous dit « faites pareil » enfin « soyez le pendant de l'hôpital » au niveau organisation mais attends, à l'hôpital il y a des gens c'est leur job de s'occuper que de l'organisation, et en général ce sont des gens qui ont des bons niveaux, master machin truc, enfin tu vois. Ces gens-là faut les payer alors pourquoi à l'heure actuelle on ne développe pas ces métiers là pour des CPTS ? Bah parce qu'il va falloir y mettre un paquet de pognon monstrueux.” (MA).*

La majorité des participants met en avant le risque de perte d'indépendance de la structure, au profit d'une gestion politique descendante. L'indépendance est alors envisagée comme une garantie de ne pas perdre de vue les intérêts du territoire (pour les professionnels comme pour la population). Le risque de dépendance aux financements publics est particulièrement mis en avant : *“comme c'est l'argent qui est le nerf de la guerre, on nous tiendra toujours par ça” (MH)*. L'un d'entre eux définit cela comme le *“risque politique” (MH)*.

Ce risque s'associe à l'identification par la majorité des médecins interrogés d'une volonté politique de gouverner le milieu ambulatoire, à l'image du système hospitalier : *“j'ai comme l'impression que le ministère veut reproduire ce qui est fait à l'hôpital, c'est à dire avoir un maillage maison de santé CPTS pour pouvoir dire « bah voilà on a un maillage donc comme il y a un maillage ben on donne les ordres » voilà, c'est ça en fait” (MC)*.

ANALYSE SWOT

FORCES

- Communauté unie de professionnels d'un même territoire
- Mise en place de réponses opérationnelles aux besoins de santé de la population
- Mise en place de projets d'amélioration de la qualité des soins
- Rôle de soutien professionnel facilitant l'exercice
- Légitimité politique reconnue
- Structuration d'un fonctionnement ascendant
- Rôle de porte-parole du terrain avec pouvoir d'opposition
- Liens étroits avec les partenaires territoriaux

FAIBLESSES

- Charge de travail considérable pour les porteurs
- Cumul activité de soin et fonction de coordination difficilement conciliable
- Fonctionnement reposant sur une équipe réduite d'éléments moteurs
- Gouvernance centralisée avec un engagement limité des adhérents
- Aspect concurrentiel avec le milieu hospitalier
- Commande politique avec un cadre institutionnel figé
- Moyens insuffisants pour mener à bien les missions

OPPORTUNITES

- Structurer le milieu ambulatoire
- Favoriser l'engagement progressif des adhérents en les faisant participer à la création de projets selon leurs affinités thématiques
- Répondre aux besoins spécifiques de chaque territoire
- Réviser le cadre institutionnel pour permettre d'adapter les objectifs à chaque territoire
- Accorder des moyens humains supplémentaires pour décharger les soignants (rôle logistique/gestion des coordinateurs)
- Développer l'approche d'aller-vers en médecine générale par des projets hors cabinet
- Faire évoluer l'exercice de médecine générale en y incluant une approche de santé publique par l'idée de responsabilité populationnelle
- Revaloriser le travail des professionnels de santé en prenant en compte les activités hors soin de leur exercice

MENACES

- Risque de diminution de l'activité de soin au profit du rôle de coordination
- Risque de concentration du pouvoir autour des leaders avec marginalisation des adhérents
- Risque de perte de représentativité par déconnexion de la réalité du terrain
- Risque de conflits entre les membres entravant le fonctionnement de l'association
- Risque de dépendance financière favorisant un pilotage politique descendant

DISCUSSION

Forces et limites de l'étude

Notre étude a permis pour la première fois d'évaluer l'apport des CPTS dans la pratique de la médecine générale par les retours d'expérience de médecins généralistes ayant exercé au sein d'une CPTS pendant une durée de plus d'un an. Ce recrutement de trois CPTS différentes étant toutes considérées en plein fonctionnement depuis au plus tard fin 2020 a permis d'obtenir des données variées selon les spécificités de chaque structure. Cependant la généralisation est limitée par l'étude de CPTS concentrées sur une même région, ainsi que par le faible nombre d'entretiens réalisés ayant tout de même permis d'atteindre une suffisance estimée des données.

Une des limites de cette étude est le biais de sélection engendré par les modalités de recrutement des participants. Seuls les volontaires ayant répondu à la sollicitation initiale ainsi que les adhérents recommandés par les membres de bureau rencontrés ont été interrogés. L'une des forces de cette étude tient aux critères de diversité mis en place dans le recrutement d'une population homogène.

Il est à noter qu'aucun participant n'avait un exercice isolé, alors que c'était encore le cas pour 39% des médecins généralistes début 2019 **(21)**. Cette étude traitant de l'exercice coordonné, on peut supposer que les professionnels engagés dans les CPTS ont majoritairement déjà initié une transition vers une pratique plus collaborative, comme le suggèrent nos données.

Cette étude s'intéresse à l'expérience des médecins généralistes durant l'intervalle allant de fin 2020 au printemps 2022. Cette période a été marquée par une crise sanitaire sans précédent liée à la pandémie COVID-19. En cela, l'exercice coordonné en CPTS a été particulier, créant à la fois une activité inédite mais limitant aussi la mise en place de certains projets. Prendre en compte les spécificités liées à ce contexte apparaît donc nécessaire pour évaluer les résultats obtenus.

Comparaison avec la littérature

Le rapport du HCAAM relatif à l'organisation des soins de proximité, paru en septembre 2022 fournit des informations récentes faisant suite à la rencontre de différents acteurs du milieu ambulatoire **(22)**. Il apporte notamment certaines informations sur les CPTS, que nous pouvons comparer à notre étude. L'importance des relations humaines dans l'exercice en CPTS que nous avons souligné dans nos résultats est évoqué dans ce rapport. Il est question de « *construire des relations de confiance réciproque* ». Il précise également l'utilité des CPTS comme outil de soutien aux professionnels d'un territoire permettant d'« *apporter des ressources communes au service des effecteurs de soins* ».

Ce rapport explique comment ces structures ont su montrer leur efficacité pour répondre aux besoins de santé de la population, ce qui coïncide avec nos résultats, et cela bien qu'elles n'aient pas pu mener leur projet de santé comme prévu au regard des besoins engendrés par la crise sanitaire : « *elles ont pu montrer leur efficacité en organisant d'abord les centres Covid, puis les centres de vaccination* ». Cette efficacité lors de la période de crise sanitaire a notamment fait l'objet d'une attention particulière **(23)**.

Les auteurs rapportent l'existence de « *contraintes administratives* » freinant le développement des CPTS, cette notion pouvant être comparée aux exigences perçues par les participants de notre étude vis-à-vis du cadre institutionnel imposé à ces structures.

La reconnaissance institutionnelle, également rapportée dans nos résultats et notamment traduite dans les relations tissées avec les instances territoriales est vue par les auteurs de ce rapport comme un soutien. Les « *leaders sont en général repérés et soutenus par autorités sanitaires (ARS, Cnam) qui leur accordent par leur reconnaissance institutionnelle une légitimité à jouer un rôle d'intermédiaire auprès des professionnels de santé, mais également des élus locaux, pour porter des projets de création de MSP, de centres de santé, de partenariat avec les hôpitaux de proximité* ». Mais si nos résultats évoquent des difficultés dans les relations avec les autorités, mises en lien avec un manque de souplesse institutionnel ou bien dans le cadre

d'intérêts territoriaux divergent, ces points n'apparaissent pas dans la publication du HCAAM.

Tout comme nous avons défini le rôle de leader de CPTS, assurant une charge de travail supplémentaire importante, il ressort de ce rapport les mêmes données, avec des structures généralement « *portées et animées par des leaders professionnels de santé généralement libéraux, non nécessairement médecins, qui y consacrent un temps de travail important, souvent bénévole* ». Pour autant, si nos résultats témoignent de difficultés à combiner exercice libéral et rôle de leader, le HCAAM souligne que les retours obtenus « *témoignent que l'engagement dans le service au public est compatible avec un exercice libéral* ».

Le rôle des leaders est vu dans ce rapport comme une évolution de fonction, avec l'acquisition de compétences particulières leur permettant de devenir « *des animateurs, managers d'organisations complexes étendues, capables d'interagir avec des interlocuteurs institutionnels sur le territoire pour répondre à des enjeux de santé et d'engager des travaux pour formaliser à la bonne échelle les parcours de soins* ». Si les missions évoquées sont comparables avec celles qui apparaissent dans nos résultats, la notion de « capacité à » n'est pas apparue dans les entretiens que nous avons réalisés, l'acquisition de ce statut n'étant pas envisagé comme le développement d'une compétence mais plutôt comme un ensemble de tâches à accomplir pour le bon fonctionnement de la structure.

Au-delà du HCAAM, on retrouve dans la littérature plusieurs définitions de ce que nous avons regroupé sous le terme d'« *éléments moteurs* ». Dans les maisons de santé pluriprofessionnelle, Fournier C. utilise le terme d'« *entrepreneurs innovateurs* » (24) pour les désigner. Castel P. parle quant à lui de « *médecins organisateurs* » (25) qui jouent un rôle moteur dans les tentatives de réorganisation du système de santé. Schweyer F-X. décrit quant à lui des « *équipes de soins primaires sans organisation formalisée au départ [qui] sont animées par un « leader » (souvent médecin) qui organise l'équipe et porte le projet au prix d'un surtravail* » (26). Cette définition correspond tout à fait à celle apparaissant dans nos résultats.

Concernant la charge de travail assurée par les porteurs de CPTS, le HCAAM pointe un risque de surcharge de travail lié à l'accumulation des « *tâches de gestion* », au détriment « *des fonctions d'animation, de mise en lien et de gestion de projet pour améliorer les soins* ». Nos résultats mettent également en avant cette charge de travail importante, traduite dans le risque de diminution de l'activité de soin au profit des fonctions de coordination. Pour autant, aucune distinction n'a été faite par les participants entre tâches de gestion, et fonctions d'animation, l'ensemble de la charge de travail étant considérée par les médecins interrogés comme un tout indissociable. Cette séparation entre les différentes fonctions incombant aux porteurs de CPTS peut néanmoins est décrite par les tâches rapportées dans nos entretiens, comme l'organisation de réunions, les démarches administratives, la gestion de projet, le rôle de guide, de pilotage de la structure. Cette définition s'accorde avec celle de Schweyer F-X. concernant les équipes de soins primaires : « *Le travail de coordination concerne les aspects matériels (réservation de salle, gestion d'agenda), les outils (système d'information, dossier partagé, protocoles, staff court), les règles de travail, mais aussi l'organisation des réunions de concertation pluri-professionnelle et de synthèse* ». Il appuie d'ailleurs la nécessité de développer une fonction de coordination professionnelle afin de décharger les soignants, comme nous le suggérons dans les opportunités de notre analyse SWOT. A noter que les trois CPTS étudiées disposaient déjà chacune d'un coordinateur professionnel embauché à plein temps, ce qui souligne les besoins majeurs des CPTS en termes de logistique.

Fournier C. définit quant à elle le travail de leader comme un travail d'articulation **(27)** en trois axes :

- Trouver des ressources, via l'établissement de partenariats territoriaux
- Explorer les motivations de chacun, afin de créer un outil adapté aux besoins de chacun, ce qui favorise l'engagement
- Envisager et superviser la division du travail, ce qui constitue un travail de supervision.

Assurer pleinement ce travail et le reconnaître est vu comme un enjeu crucial pour favoriser la construction d'équipes pouvant faire face aux difficultés rencontrées : « *là où le travail d'articulation est mieux reconnu et plus partagé, les difficultés rencontrées, même lorsqu'elles sont majeures, apparaissent moins déstabilisantes pour l'équipe* ».

A travers nos résultats, ces trois points du travail d'articulation ressortent dans les fonctions assurées par les leaders de CPTS. Les leaders guident la structure en s'entourant d'un groupe de pilotage à qui ils délèguent une partie de leur travail. Ils fédèrent autour d'eux les professionnels du territoire et assurent des concertations pour adapter l'outil aux besoins. Enfin, ils assument un rôle de représentant, à la fois politiquement pour porter la voix des professionnels de terrain mais également dans la construction de partenariats visant à mettre en place de nouveaux projets.

Les participants à notre étude sont nombreux à avoir rapporté leur perception d'une volonté politique de structurer le milieu ambulatoire afin de pouvoir mieux le piloter. Cette notion est retrouvée dans la littérature. Castel P. parle d'« *injonction à la coordination* » de la part des instances avec l'utilisation de l'organisation qui en découle comme un moyen de « *gouverner les conduites* » (25). Cette méthode est alors décrite comme une logique de « *recours à l'organisation* » passant par la création de « *méta-organisations* » ou d'« *organisations partielles* » auxquelles s'apparentent les CPTS. Celles-ci se voient confier des missions sans pour autant disposer de leviers d'actions leur permettant de les mener comme souhaité. Elles sont « *censées coordonner des actrices et acteurs sans disposer d'autorité hiérarchique – et donc de moyens légitimes de coercition* ». Finalement, cette modalité organisationnelle est décrite comme une alternative à mi-chemin entre un modèle organisé centralisé et un modèle non organisé professionnel. Elle laisse une large autonomie aux professionnels mais en échange de moyens limités à disposition pour mener les missions. En cela, ce modèle pourrait être décrit comme normatif professionnel, créant une forme intermédiaire entre les trois modèles types d'organisation des soins primaires de Bourgueil (4). Cette vision coïncide avec nos résultats soulignant à la fois l'aspect volontaire de l'engagement, les difficultés à mener ce projet de structuration en l'absence de levier contraignant, mais également le manque de moyens alloués aux CPTS en comparaison à la structuration hospitalière.

Ce type d'organisations territoriales, dépassant les équipes de soins primaires en projetant de rassembler l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire ne se développe pas qu'en France. On peut noter la récente transformation au Royaume-Uni des Clinical Commission Groups (28), fondés en 2013, en Integrated Care System en juillet 2022, avec une volonté de passer d'un groupement de soins à une

association partenariale entre tous les acteurs de la santé d'un territoire **(29)**. Dans le territoire flamand de la Belgique, les Eerstelijnszone, ou zones de soins primaires, associent quant à elles l'ensemble des acteurs dans un conseil de soins, chargé de la collaboration entre les soins, le bien-être et les autorités locales **(30)**. Aucune de ces initiatives n'a pour l'instant bénéficié d'une évaluation, empêchant une comparaison avec les résultats de notre étude.

Dans son rapport, le HCAAM souligne l'hétérogénéité des CPTS sur le territoire national, ne permettant pas d'en faire un bilan exhaustif à l'heure actuelle. La majorité de ces structures sont récentes et n'ont pas encore atteint un plein fonctionnement, contrairement à notre recrutement de CPTS, anciennes et bien actives. Il n'est donc pas envisageable de pouvoir comparer ou généraliser nos résultats à l'ensemble des CPTS existantes pour le moment. Comme le précise le HCAAM « *Le bilan de ces organisations avec la mise en place d'une mission d'accompagnement visant à capitaliser les expériences, partager les méthodes et les outils, prendre en compte et éclaircir les situations complexes, développer une concertation interministérielle propice à une plus grande cohérence dans les politiques publiques paraît indispensable pour améliorer l'efficacité localement.* ». Ce travail, lorsqu'il sera initié, pourra alors bénéficier de nos résultats afin de limiter les menaces identifiées et agir pour saisir les opportunités existantes.

Perspectives

Les résultats de notre étude suggèrent une amélioration des conditions de travail des adhérents avec une réserve au regard de la charge de travail additionnelle supportée par les participants les plus engagés, que nous qualifions d'« éléments moteurs ». A l'image de l'évaluation réalisée en mai 2022 par la DREES sur les conditions de travail des médecins généralistes travaillant en groupe **(31)**, il apparaît utile d'étudier plus précisément l'apport des CPTS dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels y adhérant.

De même, si nos résultats suggèrent une utilité générale pour améliorer la qualité des soins, celle-ci ne pourra être confirmée que par une étude ciblée. Ainsi, une évaluation

systematique de l'impact de chaque parcours mis en place dans chaque CPTS permettrait de confirmer leur apport ainsi que d'identifier des axes éventuels d'amélioration, dans une logique de développement continu.

Si l'objectif global des CPTS est de répondre aux besoins de santé d'une population, les actions mises en place ciblent chacune une thématique précise. L'étude de l'impact réel des CPTS sur la population pourra alors être réalisé à la fois via des critères intermédiaires, ciblant chaque thématique et évaluant l'atteinte d'objectifs, mais également sur le long terme par l'étude de l'évolution globale de l'état de santé de la population du territoire.

Notre étude suggère une évolution du métier de médecin généraliste induite par le développement d'une approche de santé publique. Au vu des compétences nécessaires pour assurer pleinement ce rôle nouveau, se pose la question de l'évolution de la formation des futurs médecins généralistes, notamment dans l'objectif de favoriser le travail d'équipe et d'inclure une réflexion plus large hors cabinet. De plus, le rôle de leader impliquant des fonctions particulières de management d'équipe et de représentation politique, il semble utile de se pencher sur les besoins en formation des professionnels qui seront amenés à l'assumer.

D'un point de vue organisationnel, notre étude tend à mettre en évidence l'existence de faiblesses, risques et opportunités concernant le modèle actuel des CPTS. Afin d'améliorer le modèle proposé en accord avec nos résultats, il serait intéressant d'élargir le cadre institutionnel fixé pour les CPTS. Pour cela, une marge de manœuvre plus large pourrait être accordée aux instances territoriales comme les ARS et les CPAM dans la négociation des missions avec les structures, cela afin de les adapter au mieux aux besoins identifiés par les acteurs de terrain. De plus, au regard de la charge de travail induite par les fonctions de coordination, il semblerait pertinent d'accorder plus de moyens aux CPTS afin de pouvoir assurer pleinement leur rôle. En effet, soutenir ces structures dans l'embauche d'employés dédiés à la gestion logistique permettrait de décharger les soignants engagés, et d'ainsi limiter le risque de diminution de l'accès aux soins par désengagement de la fonction soignante.

Il ressort de notre étude que les participants, membres de CPTS, s'engagent en faveur d'une meilleure organisation des soins ambulatoires. En cela, nos résultats suggèrent que ces structures tendent vers leur objectif, les médecins généralistes ayant expérimenté ce nouveau mode d'exercice coordonné semblant se rallier aux opportunités qu'ils y perçoivent.

CONCLUSION

Les CPTS sont des structures d'exercice coordonné nées d'une volonté d'amélioration de l'organisation du milieu ambulatoire, traduite en 2016 dans la loi de modernisation de notre système de santé. Par leur approche territoriale, les CPTS mettent en relation l'ensemble des acteurs de santé d'un même territoire dans l'objectif premier de répondre aux besoins de santé de la population.

A travers ce travail de recherche, nous avons pu mettre en évidence un changement dans la pratique des médecins généralistes engagés dans ces CPTS. Elles permettent de formaliser un travail d'équipe et constituent un outil répondant aux besoins des professionnels dans leur exercice. Cependant, le degré d'engagement des médecins généralistes s'avère variable. Certains adhérents ont un rôle passif tandis que d'autres assurent un rôle de leader, chronophage, mais indispensable au fonctionnement de la structure.

Si cette étude suggère des avantages liés au travail en équipe permettant de mutualiser les forces des professionnels de santé, elle met aussi en lumière la difficulté pour les médecins généralistes les plus engagés de combiner fonction soignante et fonction de coordination. Cette étude rapporte également les craintes des médecins généralistes quant aux attentes politiques qu'ils identifient comme une volonté de gouverner le milieu ambulatoire, historiquement fondé sur un modèle libéral indépendant.

Ce travail apporte des éléments de réponse concrets quant à l'utilité des CPTS. Malgré des inconvénients clairement identifiés, les médecins généralistes rencontrés prévoient tous de poursuivre leur engagement dans ces structures, soulignant avant tous les bénéfices perçus et les axes d'amélioration qu'ils envisagent pour la suite.

Bibliographie

1. Schweyer FX. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures. *Actualité et dossier en santé publique*. 2000;32:16-19
2. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. *Questions d'économie de la santé*. 2009;141:1-6
3. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?. *Questions d'économie de la santé*. 2007;127:1-8
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
5. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 84
6. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44
7. Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé - Article 1
8. Fauchier-Magnan E, Wallon V, IGAS. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé - Appui à la DGOS ; 2018. 88 p.
9. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
10. 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
11. Leicher C. CPTS et territoire. *Regards*. 2019;56(2):81-92.
12. CNGE, CMG. Manifeste pour un système de santé organisé ; 2019. 6 p.
13. Avis relatif à l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé, signé le 20 décembre 2021. *JORF n°0076 du 31 mars 2022*

14. Rist S, Rogez R. Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale. Les Tribunes de la santé. 2020;63(1):51-55.
15. 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) [Thèse d'exercice]. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2021
16. Nassif A. Analyse des perceptions des médecins généralistes vis-à-vis du développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Créteil ; 2021
17. Hooman Khademi K. Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Faculté de médecine de Créteil ; 2021
18. Lebeau JP et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Jouve : CNGE et Global média santé, 2021. 192 p.
19. URPS-ML Hauts-de-France. Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Région des Hauts-de-France. [En ligne]. Juil 2022. [cité le 20 sept 2022]. Disponible : https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2021/12/2021_CPTS_Localisation_V23.pdf
20. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014 Sep;89(9):1245-51.
21. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. DREES. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Études et Résultats. 2019;1114.
22. HCAAM. Rapport du HCAAM - Organisation des soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité ; 2022. 120 p.
23. Gautier S, Ray M, Rousseau A, Seixas C, Baumann S, Gaucher L, et al. Soins primaires et COVID-19 en France : apports d'un réseau de recherche associant praticiens et chercheurs. Sante Publique. 2022;33(6):923-934.
24. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sciences sociales et santé. 2014;32(2):67-95.

25. Castel P. Politiques de la coordination : enjeux organisationnels et professionnels. Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. IRDES. 2022:339-352.
26. Schweyer F-X. La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier. Regards sociologiques. IRDES. 2022:195-206.
27. Fournier C. L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Regards sociologiques. IRDES. 2022:123-138
28. NHS Confederation. What are clinical commissioning groups ? [En ligne]. Aug 2021 [cité le 20 sept 2022]. Disponible : <https://www.nhsconfed.org/articles/what-are-clinical-commissioning-groups>.
29. NHS England. What are integrated care systems ? [En ligne]. Jul 2022 [cité le 20 sept 2022]. Disponible : <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.
30. Eerstelijnszone. Qu'est-ce qu'une zone de soins primaires ? [En ligne]. [cité le 20 sept 2022]. Disponible : <https://www-eerstelijnszone-be.translate.google.com/over-eerstelijnszones? x tr sl=nl& x tr tl=fr& x tr hl=fr& x tr ptl=sc>
31. Biais M, Cassou M, Franc C. DREES. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe. Études et Résultats. 2022;1229.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien

- **Questions générales :**

Qu'est-ce que l'exercice coordonné pour vous ?

S'engager dans une CPTS qu'est-ce que cela signifie selon vous ?

Pourquoi avez-vous adhéré à une CPTS ?

- **Questions ciblées :**

Quelle place avez-vous donné à votre engagement au sein de la CPTS dans votre exercice professionnel ?

Quel temps accordez-vous à la structure en moyenne ?

A quelles difficultés avez-vous dû faire face au sein de la CPTS ou dans votre exercice depuis que vous avez adhéré ?

Qu'est-ce que vous retirez de votre expérience en tant que membre d'une CPTS ?

Comment envisagez-vous la suite de votre engagement dans la CPTS ?

Quel rôle devrait avoir une CPTS dans la pratique de la médecine générale selon vous ?

Informations relatives au praticien :

Âge

Genre

Date d'installation

Mode d'exercice (isolé, cabinet de groupe, maison de santé, centre de santé, mixte)

Lieu d'installation (rural, urbain, semi rural)

Patientèle médecin traitant

Temps de travail hebdomadaire hors CPTS

Date d'adhésion à la CPTS

Statut dans la structure (adhérent/membre du Bureau)

Annexe 2 : Échelle SRQR

No.	Topic	Item
Title and abstract		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study. Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended.
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions.
Introduction		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement.
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions.
Methods		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale ^b .
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability.
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b .
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b .
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues.
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b .
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study.
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results).
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts.
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b .
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b .
Results/findings		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory.
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings.
Discussion		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field.
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings.
Other		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed.
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting.

^aThe authors created the SRQR by searching the literature to identify guidelines, reporting standards, and critical appraisal criteria for qualitative research; reviewing the reference lists of retrieved sources; and contacting experts to gain feedback. The SRQR aims to improve the transparency of all aspects of qualitative research by providing clear standards for reporting qualitative research.

^bThe rationale should briefly discuss the justification for choosing that theory, approach, method, or technique rather than other options available, the assumptions and limitations implicit in those choices, and how those choices influence study conclusions and transferability. As appropriate, the rationale for several items might be discussed together.

Glossaire

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communautaire d'Action Sociale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PRS : Projet Régional de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Premiers en Autonomie Supervisée

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)

AUTEUR : DACHICOURT Raphaël

Date de soutenance : 24 novembre 2022

Titre de la thèse : Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : Soins de santé primaires, organisation et administration, santé publique, collaboration intersectorielle

Résumé

Objectif : Les CPTS sont des structures récentes d'exercice coordonné créées par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. L'objectif annoncé du gouvernement est de mailler d'ici fin 2022 l'ensemble du territoire national par 1000 CPTS. Notre objectif est d'évaluer les avantages et les inconvénients de ces structures pour les médecins généralistes s'y engageant.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés individuels auprès des médecins généralistes adhérant aux CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis. 10 entretiens ont été menés avant d'atteindre une suffisance des données nécessaires à notre analyse inspirée de l'interprétation phénoménologique. Celle-ci a été complétée par une analyse synthétique au format SWOT.

Résultats : Nos données suggèrent un véritable changement lié à l'exercice coordonné territorial, celui-ci consistant en une expérience humaine, ainsi que le passage d'un exercice isolé à un travail d'équipe. Nos résultats témoignent également de l'utilité des CPTS en tant qu'outil à la fois pour répondre aux besoins de santé de la population mais aussi pour soutenir les professionnels. Notre étude met aussi en lumière un engagement chronophage de certains médecins considérés comme des éléments moteurs de la structure, ainsi qu'un engagement plus passif des adhérents. Enfin, nos données soulignent le rôle politique de ces structures détentrices d'un pouvoir accordé par les autorités.

Conclusion : Notre travail apporte des éléments de réponse concrets quant à l'utilité des CPTS. Il met en lumière des inconvénients liés au temps dédié aux fonctions de coordination, contrebalancés par les bénéfices perçus, liés au travail en équipe. Les CPTS semblent tendre vers leur objectif, les médecins généralistes rencontrés percevant avant tout des opportunités qu'ils cherchent à concrétiser dans la poursuite de leur engagement.

Composition du Jury :

Président : Pr Christophe BERKHOUT

Assesseurs : Dr Teddy RICHEBE, Dr Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse : Dr Denis DELEPLANQUE