



Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et Pharmacie



ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement

le 23 Mai 2024 à Poitiers

par Alexis VIVIEN

**CPTS :**  
**Au rendez-vous des attentes des médecins  
généralistes de Charente ?**

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean XAVIER

Membres : Dr Raphaële FORGEOT, Dr Pascal PARTHENAY, Dr Elise DUPUIS-DUSSEAU,  
Dr Christophe JUNIOT

Directeur de thèse : Dr Parthenay Pascal, Dr Dupuis-Dusseau Elise



**LISTE DES ENSEIGNANTS**  
Année universitaire 2023 – 2024

**SECTION MEDECINE**

**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesueur 2<sup>nd</sup> cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesueur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesueur 2<sup>nd</sup> cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesueur 1<sup>er</sup> cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesueur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesueur L.AS et 1<sup>er</sup> cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesueur 3<sup>e</sup> cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesueur 1<sup>er</sup> cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesueur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et génétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente j 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMA NEAU Ghina, psychiatrie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyn, gériatrie – **assesueur 1<sup>er</sup> cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesueur 2<sup>nd</sup> cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénérologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

**Maitre de Conférences des universités de médecine générale**

- MIGNOT Stéphanie

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Professeur associé des universités des disciplines odontologiques**

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

**Professeurs émérites**

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## TABLE DES MATIERES

<i>Remerciements</i> .....	5
<i>Index des figures</i> .....	6
<i>Liste des abréviations</i> :.....	7
<i>A : Introduction</i> .....	8
<i>B : Les CPTS une solution miracle ?</i> .....	9
<b>1 Situation actuelle</b> .....	9
a) Démographie en Nouvelle Aquitaine et perspectives.....	9
b) Démographie médicale en Nouvelle Aquitaine.....	14
c) Les MSP .....	16
d) Les perspectives nationales médicales .....	17
<b>2 Qu'est qu'une CPTS</b> .....	20
a) Généralités .....	20
b) Cadre législatif.....	22
c) Constitution .....	23
d) Obligations et financements .....	25
e) Inter CPTS .....	27
<i>C : Enquête auprès des médecins exerçant au sein d'une CPTS</i> .....	29
<b>1 Généralités</b> .....	29
a) Objectifs de l'étude.....	29
b) Matériel et méthode .....	29
c) Critères de sélection et taille de l'échantillon.....	29
d) Inclusion des participants .....	30
e) Recueil des données.....	30
f) Analyse .....	30
<b>2 Résultats</b> .....	31
a) Données quantitatives.....	31
b) Données qualitatives.....	32
<i>D : Discussion</i> .....	43
<i>E : Conclusion</i> .....	52
<i>F : Annexes</i> .....	54
<i>G : Bibliographie</i> .....	59
<i>H : Serment</i> .....	63
<i>I : Résumé en français</i> .....	64

## REMERCIEMENTS

A mes parents et mes grands-parents pour m'avoir donné un exemple à suivre,

A ma femme et à ma fille pour m'avoir encouragé et épaulé pendant toutes ces années,

A mes directeurs de thèse, le Dr Dupuis-Dusseau et le Dr Parthenay, qui, malgré leurs nombreuses occupations professionnelles et familiales, ont pris le temps de m'aiguiller très précisément dans la rédaction de ma thèse,

Au Pr Xavier pour avoir accepté de présider au jury de ma thèse,

Au Dr Forgeot pour avoir accepté de participer au jury de ma thèse,

A mes différents maitres de stage hospitalier et ambulatoire pour m'avoir formé tout au long de ces 3 années d'internat,

A mes professeurs de la faculté de médecine de Limoges pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon rêve.

## INDEX DES FIGURES

Fig 1 : Démographie en Nouvelle Aquitaine

Fig 2 : Démographie en Nouvelle Aquitaine

Fig 3 : Indice de vieillissement en France

Fig 4 : Répartition par classe d'âge en Nouvelle Aquitaine

Fig 5 : Prévision démographique en France en 2018 et 2040

Fig 6 : Zonage médecin en Nouvelle Aquitaine

Fig 7 : Densité en médecins généralistes libéraux pour 100000 habitants

Fig 8 : Nombre de médecin par département en Nouvelle Aquitaine

Fig 9 : Répartition par sexe et âge du nombre de médecin généraliste

Fig 10 : Comment créer une MSP

Fig 11 : Répartition des MSP en Charente (source ARS)

Fig 12 : Projection évolution nombre de médecins

Fig 13 : Répartition par sexe de la profession de médecin à l'horizon 2050

Fig 14 : Tendance sur le mode d'exercice

Fig 15 : Projection de la densité médicale à l'horizon 2030,2040 et 2059

Fig 16 : Écosystème des CPTS

Fig 17: Cartographie des CPTS en Nouvelles Aquitaine avril 2023

Fig 18 : Étapes de réalisation d'une CPTS

Fig 19 : Rôles de l'inter-CPTS16

Fig 20 : Répartition des CPTS en Charente

## LISTE DES ABREVIATIONS :

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ALD : Affection de Longue Durée

AgoraLib : Appui au Groupement d'Organisation en Région Nouvelle Aquitaine (de professionnel de santé) Libérale

ARS : Agence Régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle en Territoire de Santé

FIR : Fond d'Intervention Régional

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

P(x) : Participant

QPV : Quartier Prioritaire de politique de la Ville

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC : Zone d'Accompagnement Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

## A : Introduction

L'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) depuis 2016 s'inscrit dans la réorganisation du système de santé français, visant à renforcer la coordination des soins primaires et à favoriser une approche plus collaborative entre les différents acteurs de santé. Les médecins généralistes occupent une place prépondérante, tant par leurs rôles de coordinateur dans la prise en charge des patients que par leurs implications dans la gouvernance et le fonctionnement des CPTS.

Partant de là, il est essentiel de comprendre le ressenti des médecins généralistes suite à leur intégration au sein d'une CPTS. Quels étaient leurs motifs d'adhésion à cette nouvelle structure ? Quelles étaient leurs attentes et leurs craintes ? Quels problèmes rencontrent-ils dans leurs pratiques quotidiennes au sein de la CPTS ? Quels avantages perçoivent-ils pour leurs exercices professionnels ?

Cette étude qualitative a pour but d'explorer les perceptions des médecins généralistes après au moins un an d'adhésion à une CPTS, à travers des entretiens semi-dirigés. Cette étude permettra de recueillir des données, en donnant la parole aux médecins eux-mêmes et en leur permettant d'exprimer librement leurs opinions.

## B : LES CPTS UNE SOLUTION MIRACLE ?

### 1 Situation actuelle

#### a) Démographie en Nouvelle Aquitaine et perspectives

Selon l'INSEE (source décembre 2022) (1) la région Nouvelle Aquitaine compte, au 1er Janvier 2020, 6 033 952 habitants. L'évolution du nombre d'habitant est, certes, en augmentation mais quand on regarde les chiffres d'un peu plus près, on se rend compte que c'est essentiellement les départements proches de la côte qui bénéficient d'un afflux de population. Des départements plus ruraux comme la Corrèze, la Dordogne, la Haute-Vienne et le Lot et Garonne voient leurs populations diminuer (fig 1 et 2).

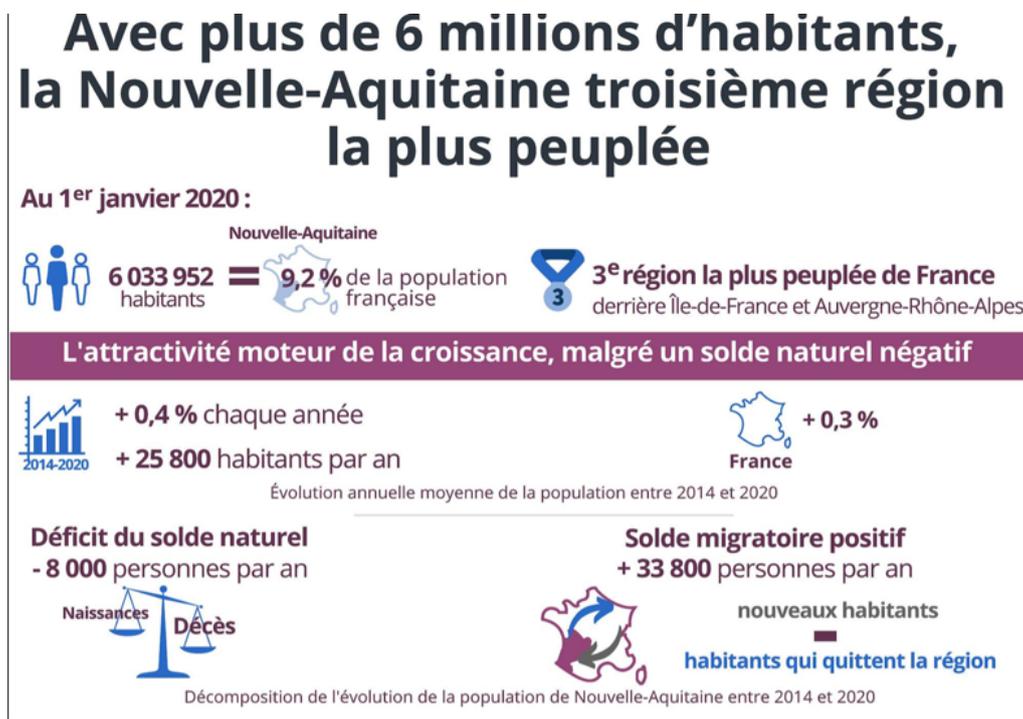


Fig 1 :démographie en Nouvelle Aquitaine (2)



Fig 2 : Démographie en Nouvelle Aquitaine (2)

La population de Nouvelle Aquitaine a augmenté de 0,4% entre 2014 et 2020 mais la Nouvelle Aquitaine reste la 2ème région la plus âgée de France (derrière la Corse) (fig 3)

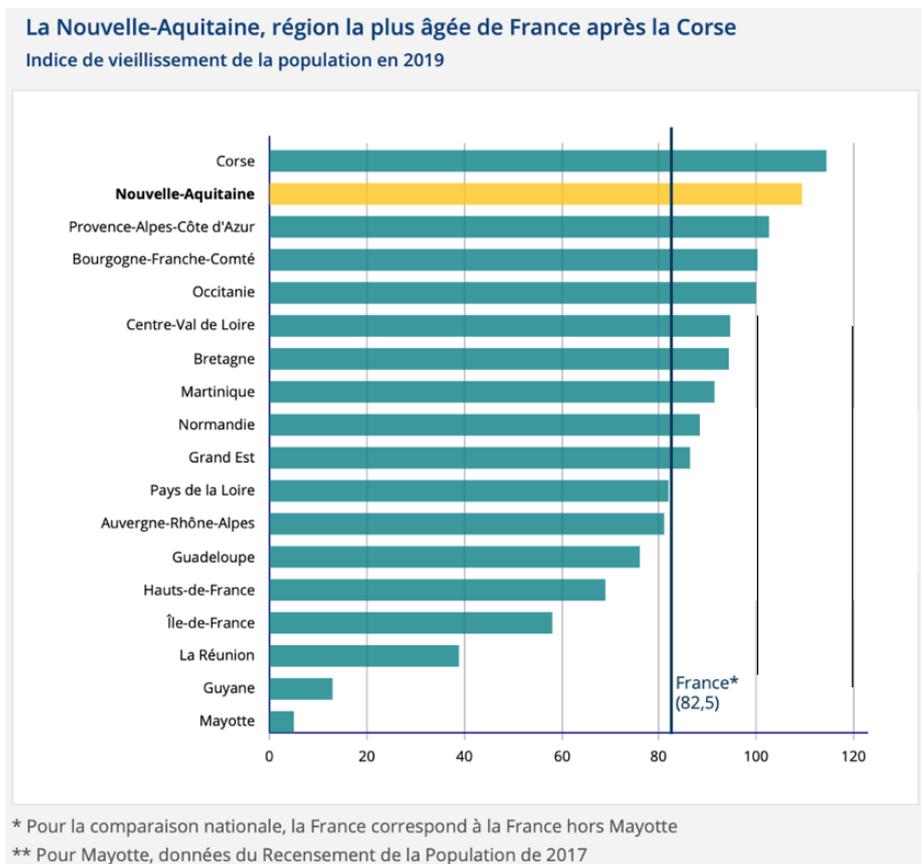


Fig 3 : indice de vieillissement en France (1)

L'indice de vieillissement correspond au nombre de personne de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

Depuis 2008, on constate une baisse régulière de la population âgée de moins de 59 ans et une augmentation constante des plus de 59 ans (Fig 4).

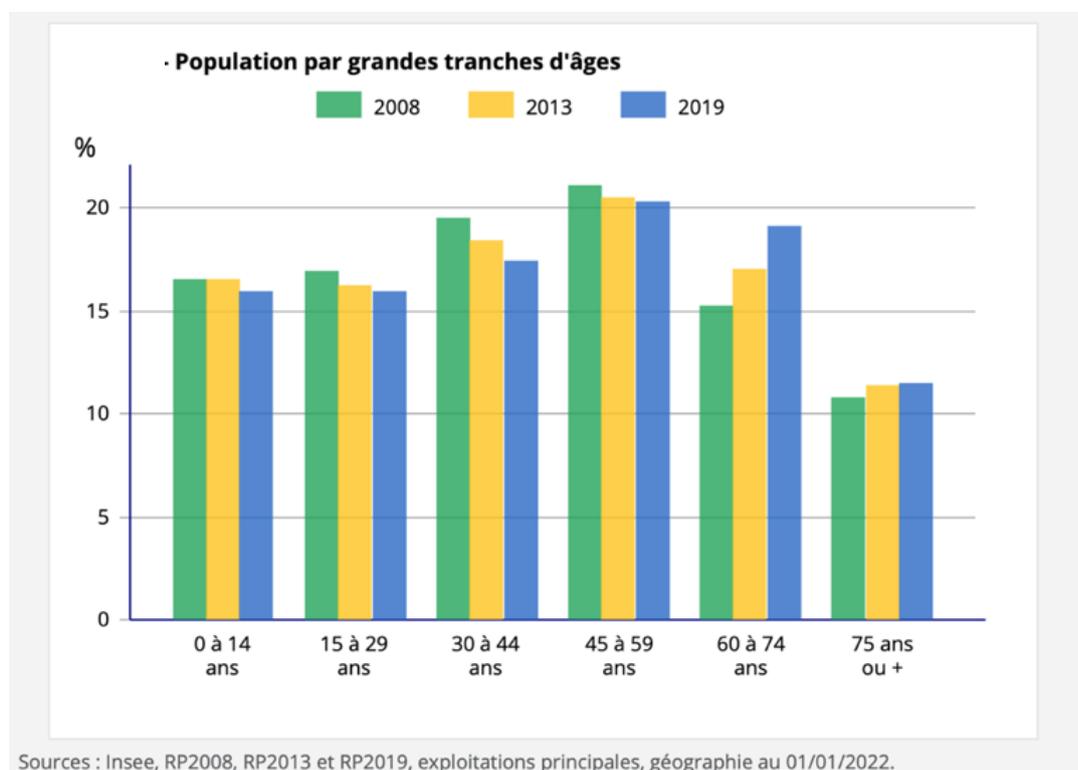


Fig 4 : répartition par classe d'âge en Nouvelle Aquitaine (1)

L'INSEE a fait paraître en 2022 (3) une publication concernant l'évolution de la population à l'horizon 2018, 2040 et 2070. On constate que la part des plus de 65 ans concerne la quasi-totalité des départements à l'exception de la Gironde. On constate aussi qu'en Creuse et en Dordogne, la part des plus de 65 ans sera supérieure à 40 % de la population (fig 5)

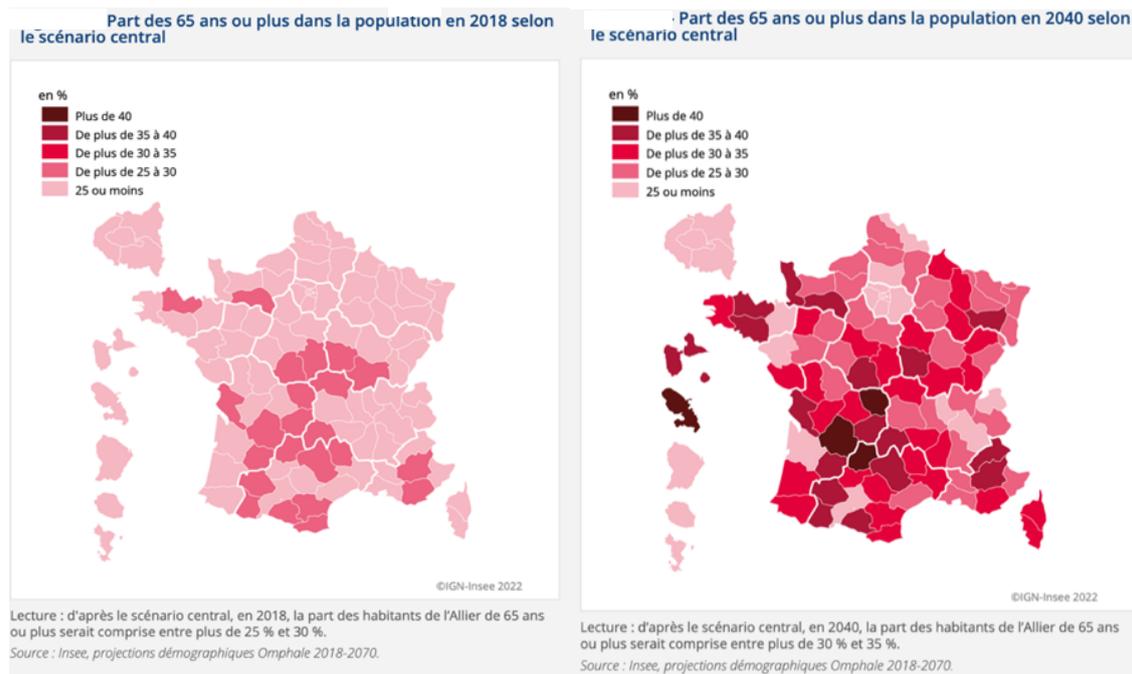


Fig 5 : prévision démographique en France en 2018 et 2040 sur les plus de 65 ans (3)

La Nouvelle aquitaine compte au dernier zonage de décembre 2022 (4), 16,8% de la population régionale en ZIP (zone d'intervention prioritaire ; soit 1 000 000 d'habitants ) et 46% en ZAC (zone d'accompagnement complémentaire ; soit 2 720 000 habitants) (Fig 6). Le dernier zonage prend en compte la population vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), ainsi 46 QPV sont en zone sous dense.

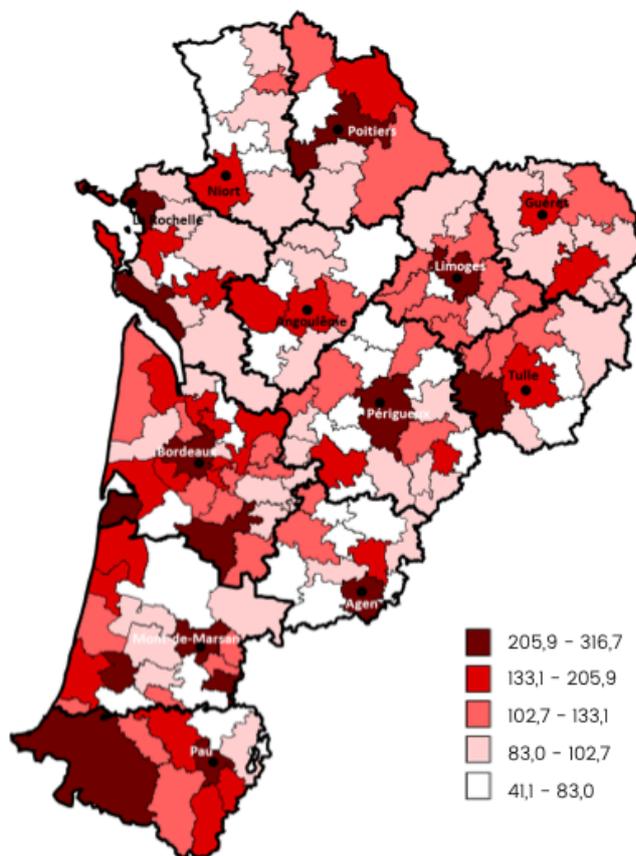
Le dernier zonage remontait à 2018 et depuis, 720000 habitants de plus, sont concernés par ce zonage ce qui correspond à une augmentation de 12% . Au total 3,74 millions d'habitants sur les 6 millions que compte la Nouvelle Aquitaine, vivent dans des zones, où il existe une sous densité médicale. Ce zonage sera revu en 2025 .



En conclusion , la population de Nouvelle Aquitaine va vieillir de façon constante sur les 50 prochaines années. Or on sait que la population de plus de 65 ans est la plus consommatrice de soin et nécessitera donc de plus de professionnels de santé.

## b) Démographie médicale en Nouvelle Aquitaine

L'ARS a publié en 2018(5) (Fig 7)une cartographie des médecins généralistes qui met en évidence une forte disparité entre les différents départements. Les territoires urbains et littoraux sont les mieux pourvus, on constate la même chose pour les médecins spécialistes.



(Fig 7)densité en médecins généralistes libéraux pour 100000

habitants (2017 , source atlas de la santé ARS-ORS Nouvelle Aquitaine)(5)

La revue « Journal de l'union des médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine » (6)(Fig 8) a fait paraître en Janvier 2021 un dossier sur l'état de la médecine libérale dans la région . Le constat est le même, on note une forte disparité, la Gironde et les Pyrénées Atlantique étant les départements les plus attractifs au détriment de la Creuse, de la Corrèze et de la Charente.

**Nombre de médecins libéraux par spécialité et département - Nouvelle-Aquitaine 1<sup>er</sup> janvier 2020**

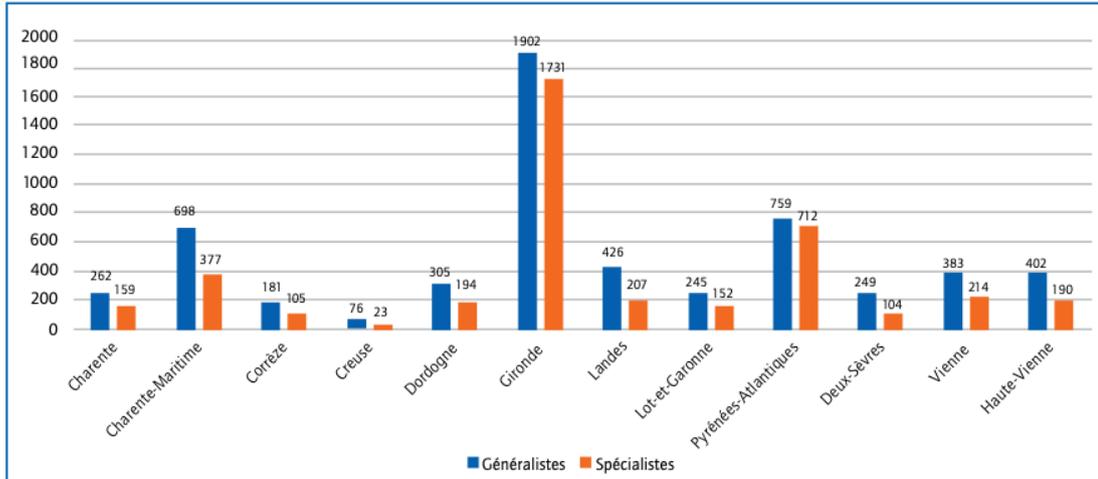


Fig 8 : Nombre de médecin par département : source « Journal de l’union des médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine »(6)

On constate aussi une forte féminisation de la profession de médecin généraliste ainsi qu’un vieillissement de la profession avec 30 % de médecin d’un âge supérieur à 60 ans (et jusqu’à 50 % dans des départements comme la Creuse la Corrèze et le Lot et Garonne) (Fig 9)

### Répartition du nombre de médecins généralistes par sexe et tranche d'âge

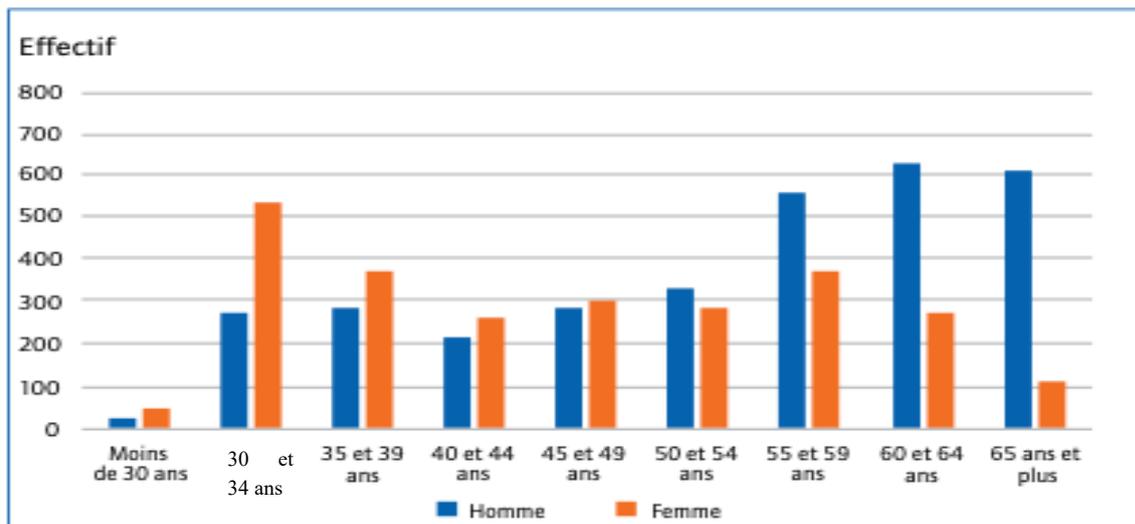
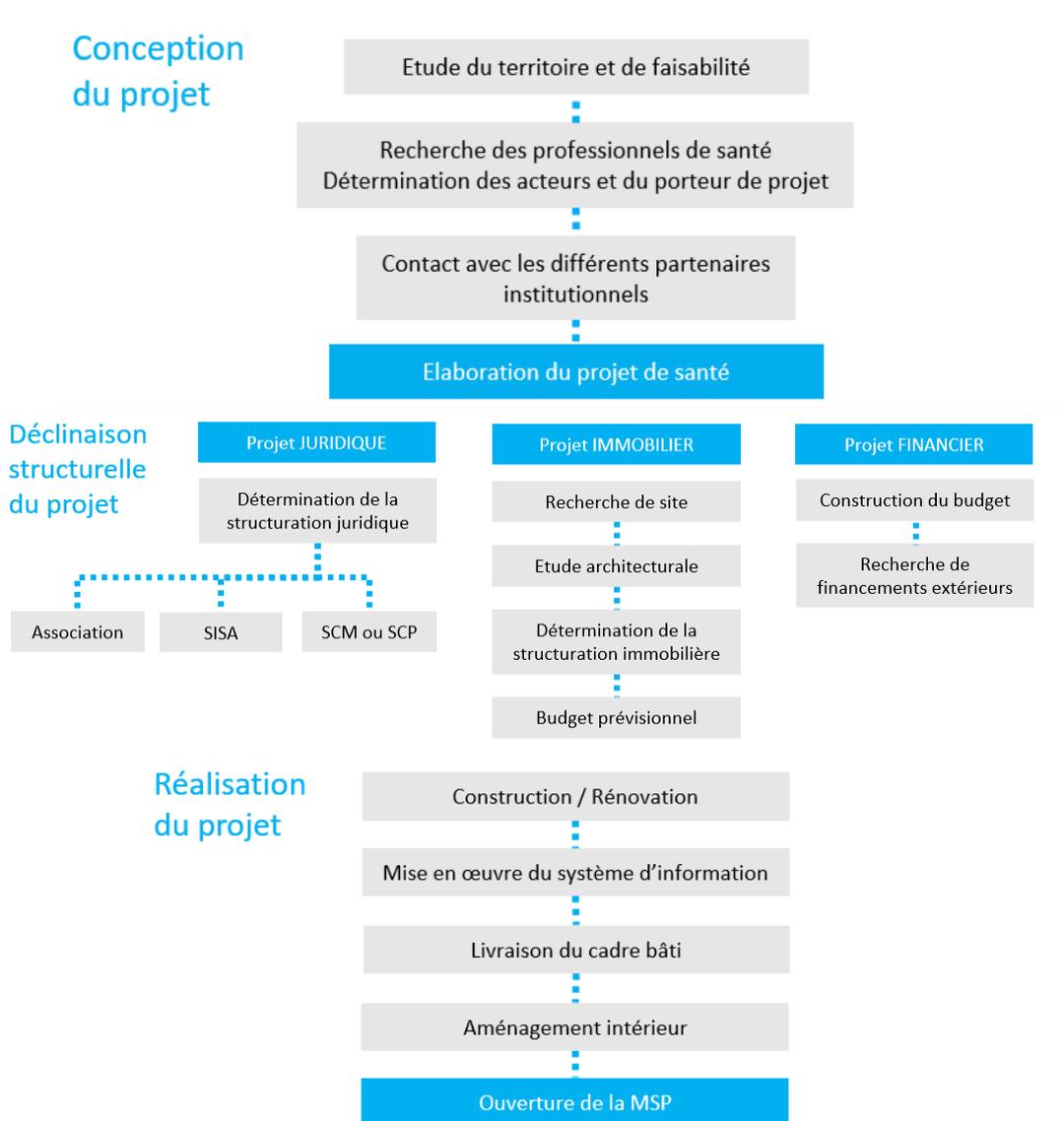


Fig 9 : Répartition par sexe et âge du nombre de médecin généraliste, source « Journal de l’union des médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine »(6)

La Nouvelle Aquitaine compte, en 2017, 5900 médecins généralistes et 4500 médecins spécialistes. La densité des médecins généralistes est proche de 100 médecins pour 100 000 habitants ce qui permet à la Nouvelle Aquitaine d’être une des 3 régions les mieux pourvues, malgré cela 9,7% des usagers n’ont pas déclaré de médecin traitant ou ont un médecin traitant n’exerçant plus (6).

### c) Les MSP

Les MSP sont expérimentées en France depuis 2007. Depuis la loi HPSP (Hôpital Patient Santé Territoire) de 2009, leur nombre n'a fait que croître. De quelques dizaines fin 2010, la France dénombre fin 2021 plus de 2000 de ces structures, 40% des médecins généralistes y exerçant (source DRESS). La MSP est au minimum composée de 2 médecins et un paramédical et peut exercer des soins de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> recours. Elle peut être installée sur un ou plusieurs sites.



## Mise en œuvre du projet de santé

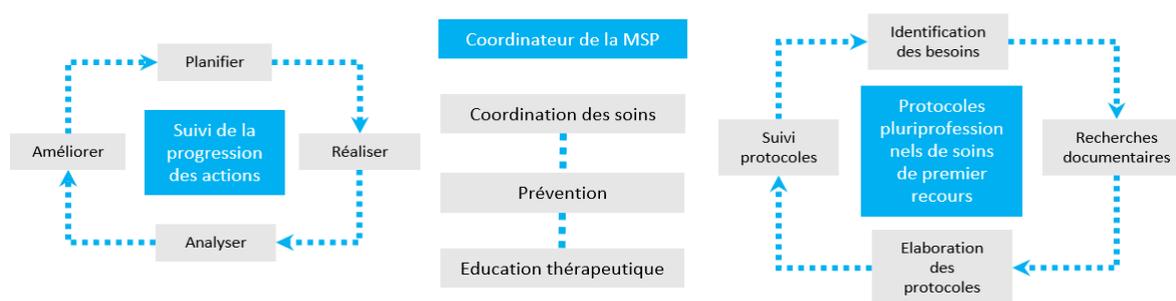


Fig 10 comment créer une MSP

En 2022 la Nouvelle Aquitaine comptait 201 MSP et 36 en projet ou attente d'ouverture, quant à la Charente elle comptait 30 MSP (source ARS Nouvelle Aquitaine).

Leurs financements sont pour la plupart versés par la CPAM du département d'installation et varient selon le lieu d'installation.

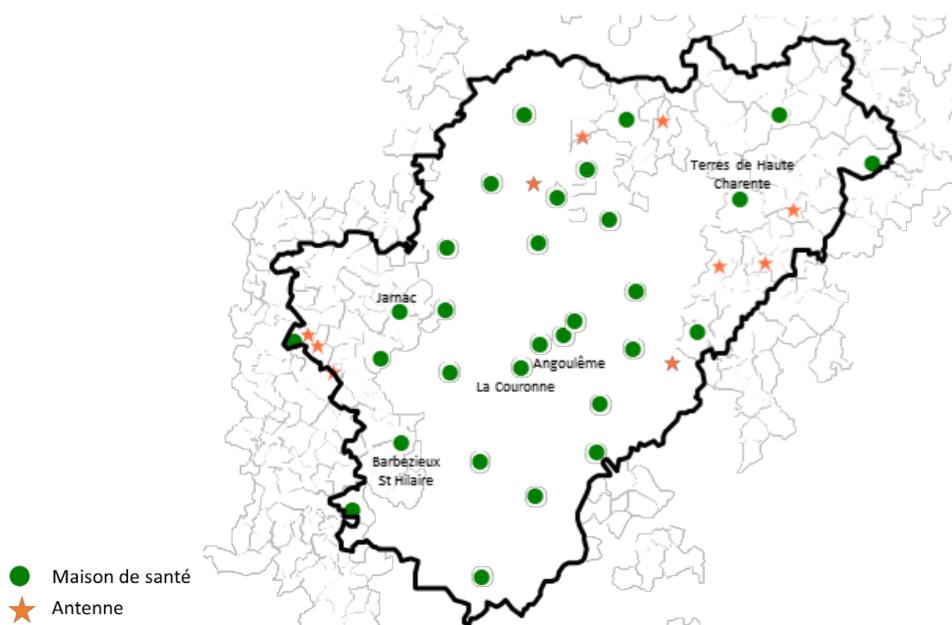


Fig 11 :Répartition des MSP en Charente (source ARS)

### d) Les perspectives nationales médicales

La DREES a fait paraître en 2021 un rapport concernant la démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique (7) en France.

Selon le rapport, la démographie médicale devrait diminuer jusqu'en 2024 où le nombre de médecins atteindrait le point le plus bas avec 209 000 médecins en exercice. Le nombre de médecins augmenterait par la suite légèrement jusqu'en 2030 puis de façon plus importante jusqu'en 2050 avec un nombre estimé à 292000 médecins en activité (Fig 10).

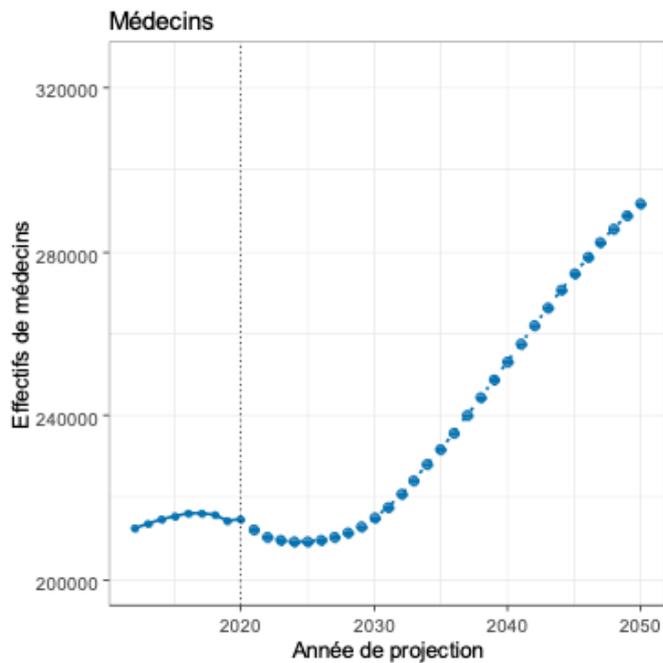


Fig 12 : projection évolution nombre de médecins source

DREES (7)

Le rapport met en évidence une part de plus en plus importante de femme au sein de la profession de médecin avec une part estimée à plus de 60% à l'horizon 2050 (Fig 11)

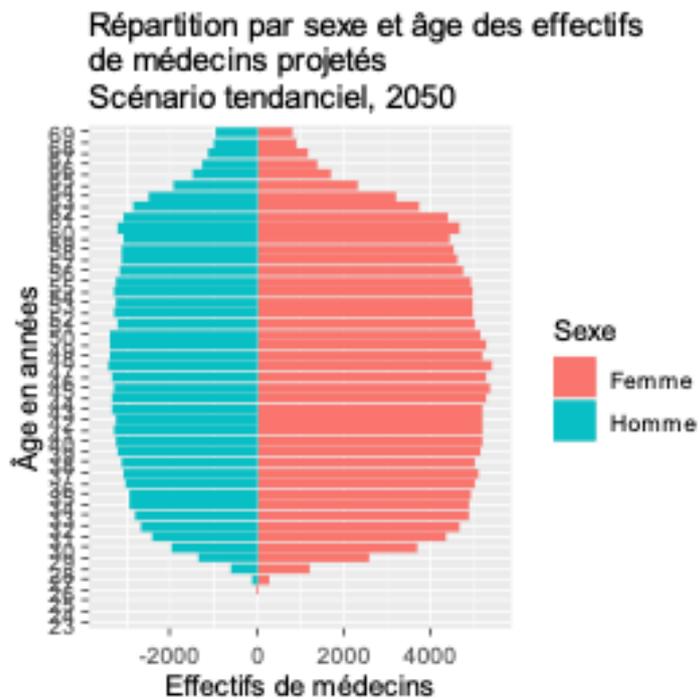


Fig 13 : répartition par sexe de la profession de

médecin à l'horizon 2050 source DREES (7)

Le rapport fait un focus sur le mode d'exercice à venir. Il constate que la tendance est au salariat. En effet, on constate une augmentation continue de l'exercice en salariat alors que l'exercice en libéral devrait décroître jusqu'en 2030 avec une reprise de ce mode d'exercice après.

A l'horizon 2050 une majorité de médecins exercerait en tant que salariés (environ 55%)(Fig 12)

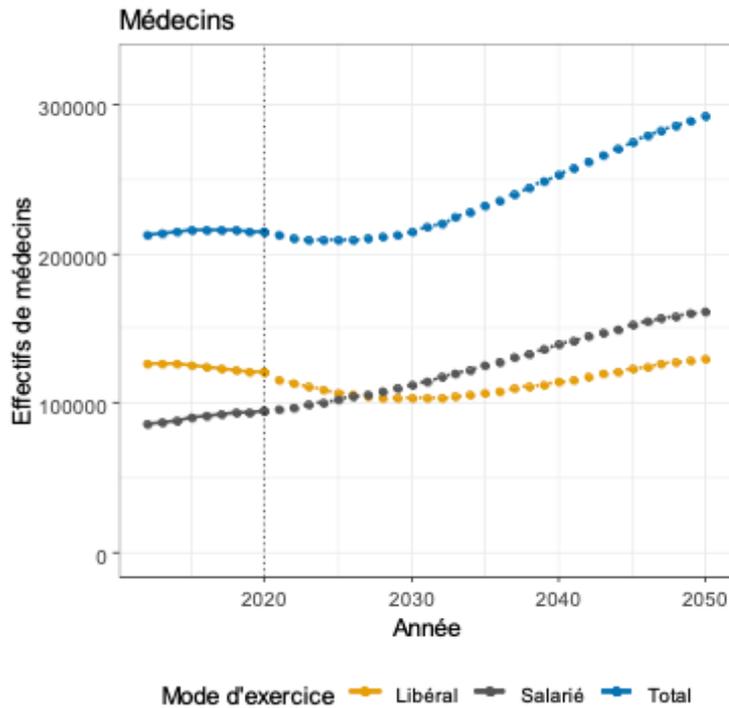


Fig 14 : tendance sur le mode

d'exercice source DREES (7)

Enfin, le rapport fait un point sur l'évolution des densités médicales par région et constate que certaines régions (comme la Provence Alpes Côte d'Azur et l'Ile de France) verront leurs densités médicales progresser tout au long de la période retenue (2030 ,2040 et 2050) alors que d'autres resteront sous dotées (Fig 13)

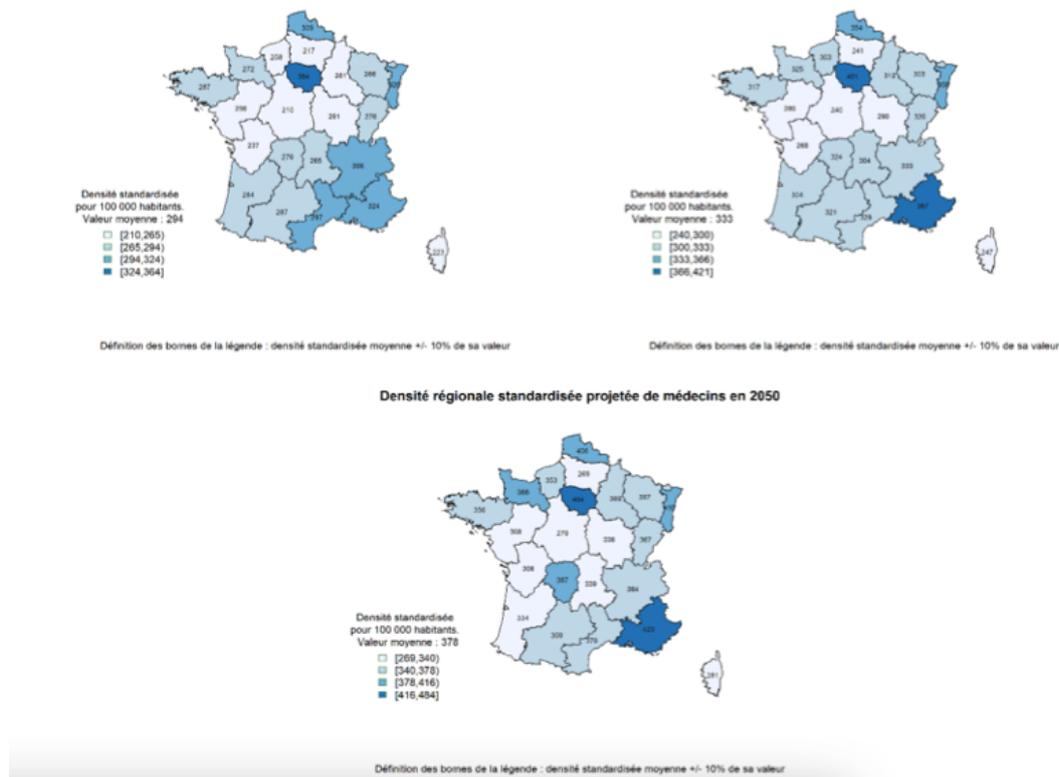


Fig 15 : projection de la densité médicale à l'horizon 2030,2040 et 2050 source DREES (7)

## 2 Qu'est qu'une CPTS

### a) Généralités

Les CPTS ont été créés par la loi du 26 janvier 2016. Elles permettent l'association de professionnels de santé ainsi que d'acteurs sociaux et médicaux-sociaux (médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sage-femmes ou encore orthoptistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues, etc...) pour permettre une meilleure organisation et une meilleure prise en charge des patients en ville.

Les CPTS se concentrent sur les besoins territoriaux en matière de santé et utilisent une approche collaborative pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies de soins adaptées aux besoins des patients. Cela peut inclure des programmes de prévention des maladies, des systèmes de soins intégrés pour les patients chroniques, des programmes de soutien à la gestion des médicaments, etc.

L'objectif principal des CPTS est de garantir que les patients reçoivent des soins de santé de qualité, coordonnés et intégrés. Les différents professionnels de la santé travaillent ensemble pour partager des informations sur les patients, coordonner les soins et éviter les doublons. Les

CPTS peuvent également aider à résoudre les problèmes de santé complexes en mobilisant les ressources des différents professionnels de la santé pour fournir des solutions adaptées aux besoins de chaque patient.

En plus d'améliorer les soins de santé pour les patients, les CPTS peuvent également être utiles pour les professionnels de la santé en leur offrant des opportunités pour échanger des idées et améliorer leur pratique. Cela peut inclure des ateliers de formation, des séminaires et des conférences, ainsi que des opportunités pour les professionnels de la santé de travailler ensemble sur des projets communs.

Les CPTS peuvent également renforcer les liens entre les professionnels de santé et les communautés locales en encourageant une participation active des patients et des familles aux décisions concernant les soins de santé. Cela peut inclure des initiatives telles que la mise en place de comités consultatifs de patients et des groupes de soutien pour les patients et leur famille. (Fig 14).

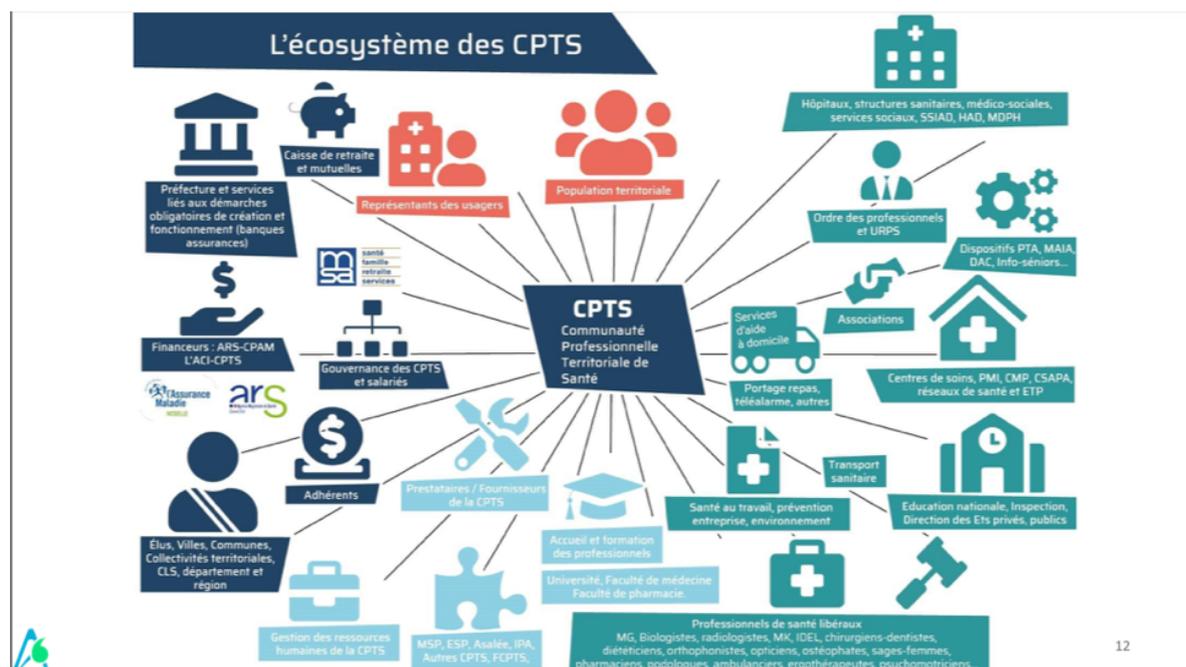


Fig 16 : écosystème des CPTS (source : www.cpts-na.org (8))

Le plan « Ma santé 2022 » prévoit le déploiement de plus de 1000 CPTS sur le territoire national, en juin 2022 le nombre était de 500 (actives et en cours de constitution) et couvrait 50% de la population.

En Juin 2022 la Nouvelle Aquitaine compte près de 50 CPTS en activité ou en cours de création, en janvier 2023 la barre des 60 a été franchi et couvre 50 % de la population (Fig 15)

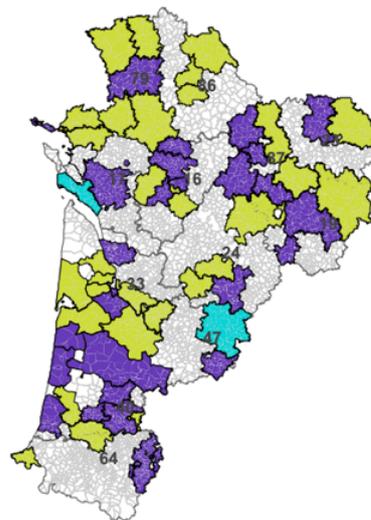


Fig 17 : cartographie des CPTS en Nouvelle Aquitaine avril 2023 (9)

## b) Cadre législatif

Lors de la création des CPTS en 2016, il n'existait pas de cadre juridique obligatoire, la structure juridique qui était choisie préférentiellement était la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Cette structure, créée avec la loi du 10 août 2011, permettait aux acteurs d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de percevoir et d'affecter les subventions versées par les ARS et CPAM, dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, aux différentes missions et fonctionnements.

Depuis l'ordonnance du 12 mai 2021 modifiant l'article L134-12.1 du code de la santé publique, l'association loi de 1901 est la seule structure autorisée. De plus cette ordonnance précise d'autres mesures fiscales, à savoir :

- Possibilité de bénéficier d'aides spécifiques de la CNAM pour compenser les frais engagés lors des missions qui ont été définies lors de la signature de la convention tripartite entre l'ARS et la CPAM du territoire
- Bénéficier d'une exonération fiscale sur l'impôt sur les sociétés et les cotisations foncières des entreprises si celles-ci ont pu faire valider leur projet de santé par l'ARS (article 207 17° et 1461 A du Code Général des Impôts)

La structure loi 1901 présente d'autres avantages :

- Création simple
- Pas de limites d'adhérents
- Concerne des personnes physiques ou morales ainsi que toute personne du monde de la santé du privé, du public ou associative
- Facilité d'organisation

### c) Constitution

La constitution d'une CPTS obéit à des règles précises. Pour La Nouvelle Aquitaine, l'Assurance Maladie, l'ARS Nouvelle Aquitaine ainsi que les URPS à travers l'association AgoraLib ont mis à disposition des professionnels de santé les outils nécessaires à la création d'une CPTS.

Agora Lib est une association loi 1901 regroupant les 10 URPS de Nouvelle Aquitaine, elle a été créée le 16 décembre 2021 pour permettre de :

- Favoriser le déploiement des CPTS
- Faire vivre les CPTS
- Favoriser les relations inter CPTS
- Représenter les CPTS au niveau régional et départemental

Le site CPTS-na.org (9) est un outil indispensable pour comprendre et réaliser le montage d'une CPTS. Ce site recense les différentes étapes et donne des conseils pour le montage de ces structures.

Les différentes étapes sont (Fig 16) :

- Faire émerger un projet de CPTS grâce à des acteurs leaders
- Rédiger une lettre d'intention (mentionnant le territoire, les acteurs concernés, les orientations prioritaires) à adresser à la CPAM MSA URPS du secteur
- Réaliser une réunion technique avec les porteurs du projet ainsi que des représentants de la CPAM MSA et URPS pour valider la lettre d'intention
- Création d'une structure juridique : depuis 2021 association loi 1901
- Perception d'une première aide au financement. Le FIR propose un financement ponctuel de 15000€ à la validation du pré-projet
- Recrutement d'un coordinateur

- Élaboration et formalisation du projet de CPTS qui est envoyé à l'ARS. Une trame est proposée par le site qui doit comporter la composition de la CPTS ainsi que son organisation, ses missions objectives, le territoire concerné, le contexte.
- Le projet une fois finalisé est présenté devant un comité départemental comportant des représentants de l'ARS, de l'assurance maladie et des URPS.
- Validation du projet de CPTS par l'ARS
- Demande d'adhésion à l'ACI, des indicateurs et des objectifs sont précisés dans chaque contrat pour permettre le suivi et le financement de la CPTS
- Enfin contractualisation de l'ACI par un contrat tripartite entre la CPAM , l'ARS et l'association gérant la CPTS

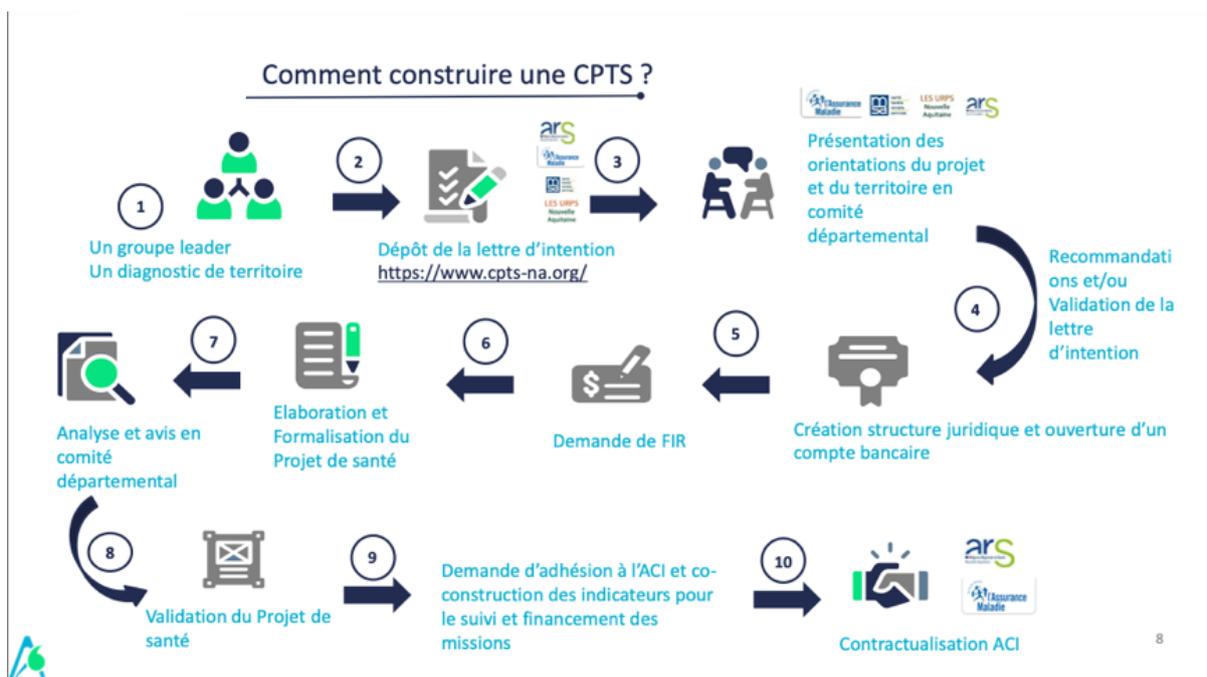


Fig 18 : étapes de réalisation d'une CPTS (source : [www.cpts-na.org](http://www.cpts-na.org) (9))

Le site cartographie les CPTS en activité ainsi que tous les projets qui sont en cours. Cela permet de constater qu'à l'heure actuelle environ 50% du territoire français est couvert par une CPTS.

L'organigramme d'une CPTS se compose d'un bureau (président, vice-président, secrétaire et trésorier) et d'un conseil d'administration. Il s'y adjoint, pour son fonctionnement,

d'une chargée de communication, une assistante administrative et une directrice coordinatrice. Ces structures nécessitent aussi les compétences d'un avocat, conseiller juridique ainsi qu'un expert-comptable ayant la compétence d'être commissaire au compte.

#### d) Obligations et financements

Obligation :

Les CPTS doivent répondre à 4 missions principales :

- L'amélioration de l'accès aux soins :  
On constate que de plus en plus de patients rencontrent des difficultés pour avoir un médecin traitant. En 2022, on estime que 5,5 % des patients en ALD n'ont pas de médecin traitant (soit environ 714 000 personnes) (10), et 11% des personnes de plus de 17 ans (11). Dans l'ACI une des missions est d'organiser une prise rapide (le jour même ou dans les 24 heures) pour les soins non programmés ne relevant pas d'un service d'urgence. L'ACI fait aussi une part au développement de la télé-santé.
- L'organisation des parcours pluri-professionnels autour du patient.
- Le développement des actions territoriales de prévention : les CPTS permettent de mutualiser et d'organiser des actions de prévention, de vaccination et d'éducation thérapeutique.
- La capacité de répondre aux crises graves : créé par l'avenant 2 du 20/12/2021 (12) qui permet de valoriser l'apport des CPTS suite à leur mobilisation dans la gestion de la crise du COVID-19

Ainsi que 2 missions optionnelles :

- La qualité et la pertinence des soins : la réalisation de RCP, autour d'un cas patient pour permettre une amélioration de la prise en charge ainsi que leur élaboration et harmonisation.
- L'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire : pour faciliter leur installation, l'accueil de stagiaire, organiser des événements pour promouvoir un territoire et ainsi attirer de nouveaux professionnels de santé

L'ACI a bénéficié de 2 avenants :

- L'avenant 1, publié au journal officiel le 03/01/2021 (13), enrichit l'ACI et permet la création de nouveaux indicateurs (gestion de la crise sanitaire, accès aux soins, démarche qualité, insuffisance cardiaque, obésité de l'enfant), revalorisation d'indicateurs optionnels, valorisation de l'intégration des IPAS, possibilité de la tacite reconduction des contrats.
- L'avenant 2 (12) contractualise la création d'une nouvelle mission socle dédiée aux crises sanitaires graves, un accompagnement pour permettre le développement plus rapide des CPTS, le renforcement du soutien financier (pour les CPTS couvrant un territoire de plus de 175 000 habitants), l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés et enfin la mise en place d'expérimentations autour de la coordination des soins primaires et spécialisés.

#### Financement

Au début du projet de CPTS, celle-ci bénéficie d'une enveloppe comprise entre 50 000 et 90 000 euros (en fonction du bassin de population desservi) pour amorcer sa mise en place. Puis le financement des CPTS se compose en une partie fixe qui correspond aux missions socles et optionnelles (pour mettre en place les moyens) ainsi qu'une partie variable (en fonction des résultats). Ces financements sont aussi en fonction de la taille du bassin de population que dessert la CPTS (14).

Ainsi la CPTS peut percevoir pour un bassin de population de :

- < 40 000 habitants : 287 500€
- Entre 40 000 et 80 000 habitants : 382 500€
- Entre 80 000 et 175 000 habitants : 487 500 €
- > 175 000 habitants : 580 000 €

Le décret n° 2022-375 du 16 mars 2022 ouvre la possibilité aux CPTS de rémunérer ou d'indemniser les membres de celles-ci dont le projet a été validé (cela reste une possibilité et non une obligation). Ces sommes versées visent à financer le temps non médical effectué par les différents membres des CPTS. Elles sont plafonnées pour l'année 2022 à 41 136 € brute annuelle soit 3 428 € mensuelle. Ces sommes sont conditionnées, bien sûr, à la tenue de justificatif permettant d'avoir une traçabilité du temps passé par chaque membre au sein de la CPTS. Il est aussi possible de rémunérer plus largement des intervenants extérieurs à celle-ci.

e) Inter CPTS

Pour pouvoir organiser au mieux les CPTS entre-elles et ainsi coordonner leurs différentes actions, il existe l'inter-CPTS. Cette structure permet aussi une représentation lors des réunions avec les différents partenaires (hôpital, plateforme territoriale d'appui, ...).

Concernant particulièrement la Charente, il existe l'inter-CPTS 16 qui permet et organise les différentes CPTS de Charente autour de 4 grand thèmes.

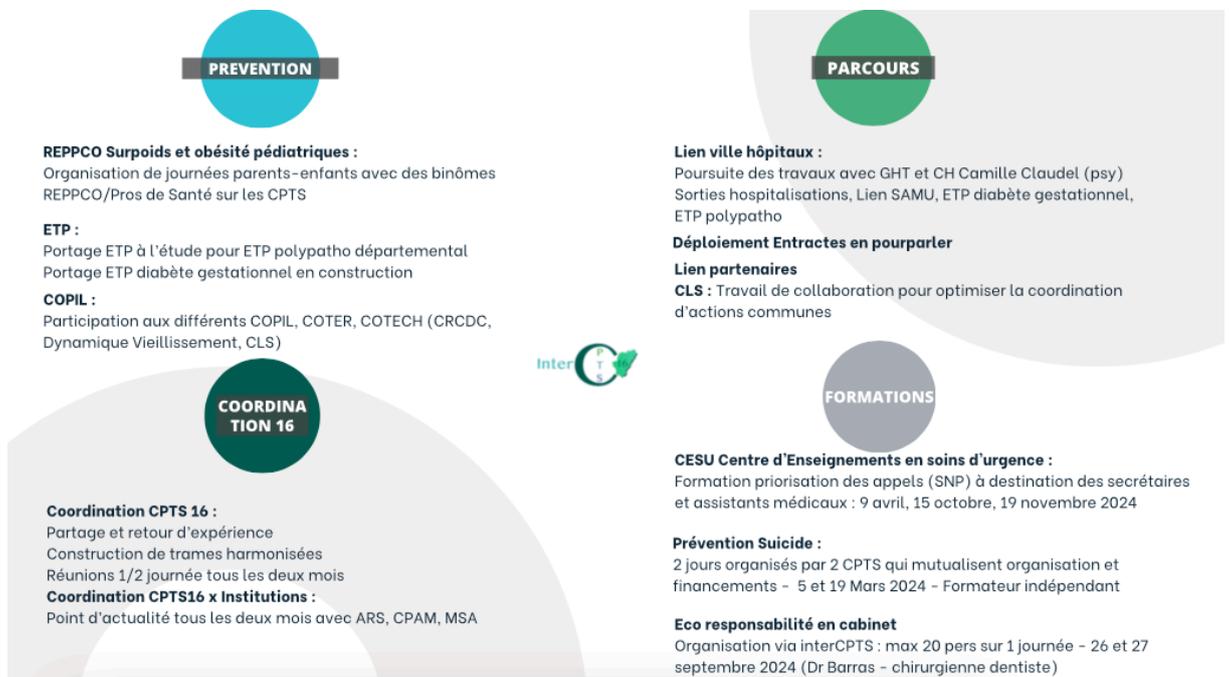
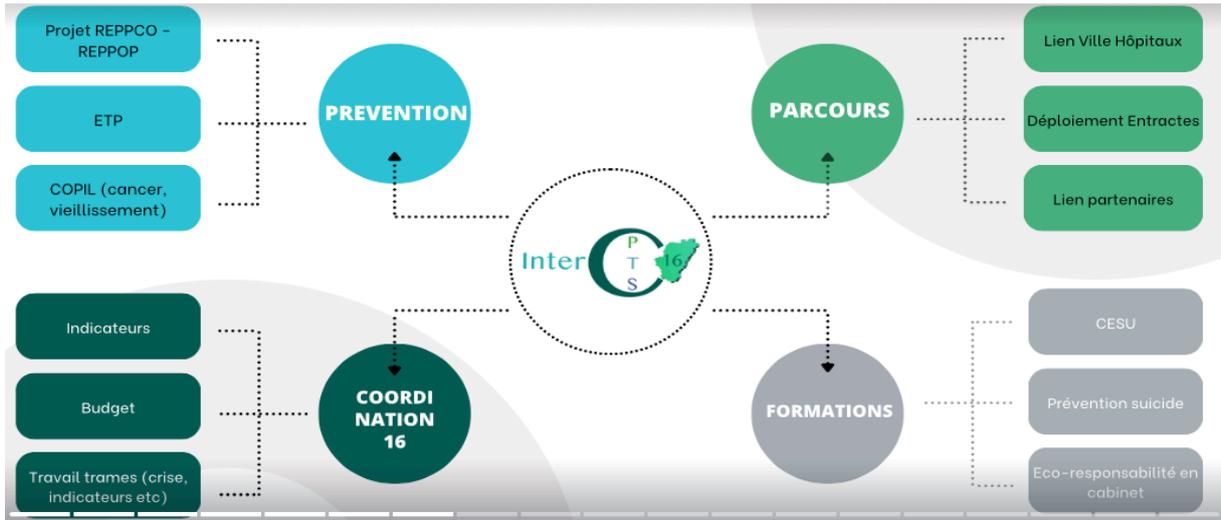


Fig 19 : rôles de l'inter-CPTS16 (15)

Les CPTS ont maintenant 7 ans d'existence et bénéficient d'un financement en hausse. Quelles étaient les raisons de leurs adhésions : organisationnelles ?, financières ?, contraintes administratives ? ... .

Les attentes des médecins généralistes de Charente ayant intégrés une CPTS depuis plus d'un an sont-elles atteintes ?

# C : enquête auprès des médecins exerçant au sein d'une CPTS

## 1 Généralités

### a) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de relever les différences entre les attentes (positives et négatives) des médecins généralistes de Charente et la réalité, après au moins un an d'activité de la CPTS.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence les points positifs et négatifs d'un fonctionnement en CPTS par une présentation objective, se basant sur les retours de terrain, pour informer les médecins généralistes qui souhaitent s'engager dans un projet de CPTS.

### b) Matériel et méthode

Le choix s'est porté sur une étude qualitative par entretiens semi-dirigés pour étudier le ressenti des médecins généralistes après au moins un an d'exercice au sein d'une CPTS. L'analyse qualitative de cette étude a été réalisée grâce à un logiciel nommé « Taguette »(15).

Pour recueillir les données nécessaires, il a été mis au point une grille d'entretien semi-dirigé (16). Le questionnaire a été rédigé à partir de précédents travaux (16, 17,18) et avec l'aide des deux directeurs de thèse.

Pour assurer la qualité de l'étude, la grille COREQ a été suivie (17)

### c) Critères de sélection et taille de l'échantillon

Les critères de sélection étaient relativement simples :

- être médecin généraliste exerçant depuis au moins un an au sein d'une CPTS (à la date de signature de l'ACI)
- exercer en Charente

Concernant la taille de l'échantillon, il n'a pas été fixé préalablement. Les interviews ont été arrêtées lorsqu'il a été constaté un épuisement des données. Celui-ci a été constaté après 9 interviews.

#### d) Inclusion des participants

Concernant le département de la Charente, seule 3 CPTS étaient en activité depuis au moins un an (la CPTS Terres de Charente, Pays d'Angoulême et Sud Angoumois). Les coordinatrices respectives de ces CPTS de Charente ont été contacté par mail pour qu'elles puissent relayer le message aux différents médecins adhérents. Elles ont par la suite communiqué l'adresse électronique des médecins souhaitant participer à l'enquête par retour de mail. Parmi les 59 médecins contactés par les secrétaires, 11 ont répondu favorablement à la participation à l'étude, les autres n'ont pas donné suite à la demande sans donner de motif à leurs refus. Les médecins ayant donné leurs accords pour leurs participations ont été par la suite contacté par mails pour convenir d'une date et d'une heure de rendez-vous.

#### e) Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des interviewés entre octobre 2023 et Février 2024. Pour être transparent, il a été demandé de signer un consentement à chaque participant (annexe 2) après que l'objet de l'étude, la modalité du recueil des données et la garantie qu'une anonymisation soit données.

Les données ont été recueillies grâce à un entretien individuel en suivant une grille d'entretien semi-dirigé (annexe 3).

L'entretien a été enregistré sur un support numérique vocal (dictaphone) puis retranscrit sur ordinateur en version anonymisée grâce au logiciel « WORD ». L'enregistrement vocal a été, par la suite, effacé.

Par la même occasion, à la fin de l'entretien, il a été recueilli des données quantitatives pour caractériser l'échantillon. (Annexe 4)

Ceux-ci ont duré entre 10 et 20 minutes et étaient organisés en 3 phases :

- La présentation de l'interviewer, le rappel de l'objectif de la thèse et le recueil du consentement écrit du participant.
- Le recueil des données grâce à la grille d'entretien
- Le recueil des données quantitatives

#### f) Analyse

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure grâce au logiciel Taguette, et la saturation des données est apparue après 9 interviews.

## 2 Résultats

### a) Données quantitatives

Médecins contactés	Acceptation	interviewés	Refus	
	11 (18,6%)	9 (15,3%)	48 (81,4%)	
sexe	Homme	Femme		
	5 (55,5%)	4 (44,5%)		
Tranche d'âge	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans	Plus de 60 ans
	1 (11,1%)	4 (44,5%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)
Lieu d'exercice	Urbain	Semi-rural	rural	
	4 (44,5)	1 (11%)	4 (44,5%)	
Durée d'installation	1 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 15 ans	Plus de 15 ans
	1 (11,1%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,5%)
Mode d'exercice	libéral	société		
	8 (88,9%)	1 (11,1%)		
Maitre de stage	Oui	Non		
	7 (77,8%)	2 (22,2%)		
Organisation	MSP	Seul		
	8 (88,9%)	1 (11,1%)		
Durée d'adhésion A une CPTS	1 à 2 ans	2 à 3 ans	Plus de 3 ans	
	7 (77,8%)	2 (11,1%)	0	

On constate que la majorité des participants ont entre 40 et 60 ans, sont installés depuis plus de 10 ans, exercent selon un mode libéral en maison de santé et ont une durée d'adhésion à une CPTS comprise entre 1 et 2 ans. On constate aussi que la plupart d'entre eux sont maitres de stages.

## b) Données qualitatives

- Raisons d'adhésion à une CPTS

On constate que les raisons pour lesquelles les participants à l'études ont adhéré à une CPTS sont convergentes. Les participants relatent que cette adhésion va dans le sens de l'évolution de l'exercice de la médecine libérale :

P1	Évolution naturelle
P2	Sens de l'histoire
P3	Dynamique du moment
P7	Projet dans l'air du temps
P9	C'est dans le sens de l'histoire

La notion de communication des professionnels de santé est aussi évoquée :

P4	Se réunir entre professionnels de santé
P5	Communiquer avec les différents professionnels de santé
P7	Pouvoir se créer un annuaire des professionnels du secteur

Et ainsi permettre une meilleure organisation des soins en raisonnant au niveau d'un territoire permettant ainsi une meilleure adéquation entre l'offre de soin existante et les besoins spécifiques d'un territoire

P5	S'organiser avec les autres professionnels de santé de mon territoire qui connaissent les mêmes difficultés
P8	Faire des actions que l'on ne peut pas faire à l'échelle de la MSP

Les participants relatent la nécessité de participer à leurs créations et à leurs organisations pour ne pas laisser à d'autres cette tâche

P2	Ne pas être tributaire d'autrui
P4	Les CPTS sont nées d'une volonté politique et leur développement est inéluctable donc autant y participer

Tous cela pour améliorer les conditions de travail à long terme en ne travaillant plus seul

P5	Améliorer mon quotidien
P9	Ne plus être seul

Un seul participant relate une obligation d'adhérer

P6	Je me réinstallais et l'ARS menaçait de me rattacher de force à une CPTS si je ne le faisais pas moi-même. J'ai donc choisi d'adhérer à une CPTS dont je connaissais les adhérents
----	--

- Attentes des médecins

Les différents participants attendaient de cette adhésion, la possibilité d'élargir leurs connaissances des différents acteurs de santé les entourant et ainsi pouvoir raisonner au niveau d'un territoire et non plus au niveau d'un exercice local.

P1	Esprit d'équipe, de la communication, de l'information et un échange de pratique
P4	Connaissance des acteurs de santé du territoire
P5	Une meilleure connaissance des autres professionnels de santé
P7	Améliorer le réseau entre nous
P8	Pouvoir mutualiser les plages de soins non programmées

Les participants attendaient aussi la possibilité de créer un contre-pouvoir à la médecine hospitalière. Certains ont rapporté le fait de la nécessité de pouvoir se regrouper pour pouvoir répondre aux défis administratifs de plus en plus importants imposés par l'évolution naturelle de l'exercice de la médecine.

P3	Un contre-pouvoir à la médecine hospitalière
P4	Créer une force pour répondre à ce qu'il est demandé du point de vue administratif et compagnie

Et la possibilité pour des professionnels de santé n'ayant pas un exercice au sein d'une MSP de pouvoir adhérer à un groupe.

P2	Pratique pour les soignants travaillant seuls de pouvoir avoir un exercice comme au sein d'une MSP
----	--

Il est aussi notion d'améliorer les prises en charge en pouvant créer des plages de formations pour tous les adhérents

P8	Faire de la formation pluriprofessionnelle avec les différents cabinets du secteur
----	--

Améliorer l'organisation de son emploi du temps

P5	Mieux organiser mon temps
----	---------------------------

Et pour pouvoir échanger sur ses pratiques en matière de prise en charge

P2	Échanger sur nos pratiques comme on fait dans un groupe de pairs
P4	Un exercice pluridisciplinaire pour pouvoir résoudre plus facilement nos problèmes

Pour finalement améliorer la santé de ses patients et de la population d'un territoire

P6	Intérêt pour mes patients, la population locale
----	---

Un seul participant n'attendait rien de particulier à son adhésion

P9	Je n'avais pas d'attentes particulières, juste pouvoir choisir avec qui j'allais travailler
----	---

- Craintes

Concernant les craintes, la majorité s'attendait à un niveau de complexité supplémentaire ainsi que de voir les instances administratives prendre plus d'importance dans leurs prises de décisions.

P1	Des contraintes administratives, ainsi qu'une contrainte des ARS pour adhérer aux CPTS
P2	La complexité, la régulation et la tutelle de l'état.

P3	Cela ajoutait un niveau de complexité supérieure
P6	Que l'ARS nous imposent des trucs qui ne correspondent pas à nos habitudes et nos modes de travail
P4	Chronophagie, réunions

Un début difficile avec une complexité et un temps important pour monter le projet de CPTS

P8	Ma crainte était surtout administrative et de la lourdeur du travail pour monter le projet et le faire vivre
----	--

Des relations possiblement compliquées avec les autorités de tutelle

P5	Je m'inquiétais de la relation avec les instances mais la balance bénéfice risque était en faveur de sa réalisation
----	---

La notion de disparition de l'exercice libéral de la médecine est aussi évoqué

P2	Une perte de l'exercice libéral
----	---------------------------------

Ainsi que des missions et des objectifs à réaliser mal définis

P3	Des missions et des objectifs flous
----	-------------------------------------

En courant le risque de se voir accaparer par de nouvelles missions alors que le temps médical se trouve de plus en plus réduit

P9	La crainte de se trouver encore plus accaparé (accès médecin traitant, amélioration du parcours de soin, soins non programmés) alors que l'on est déjà surchargé
----	--

On constate que parmi les personnes interviewées, celles qui étaient à l'origine du projet de CPTS craignaient que ce soit toujours elles qui soient sollicitées pour être à l'origine de nouveaux projets au sein de la CPTS.

P4	Je craignais que ce soit toujours les mêmes personnes qui soient motrices
P2	La difficulté de motiver les participants
P1	Un échec de mobilisation

Un participant n'avait pas de crainte particulière et pensait que la création des CPTS ne pouvait qu'améliorer la situation

P7	Je n'avais pas de crainte particulière, ce n'était pas encore une usine à gaz mais quelque chose d'utile dans la mesure où l'on a du mal à fonctionner seul
----	---

- Ressentie à au moins un an

Après un an d'exercice au d'une CPTS, 8 médecins sur 9 ont eu leurs attentes réalisées.

P1	Toutes
P2	Toutes
P3	Toutes
P4	Toutes
P5	Toutes
P6	Toutes
P7	Toutes
P8	Toutes

Il en est de même concernant la réalisation des craintes.

P1	Toutes
P2	Toutes
P3	Toutes

P4	Toutes
P5	Toutes
P6	Toutes
P7	Toutes
P8	Toutes
P9	Toutes

Il est à noter que plusieurs participants trouvent qu'il est difficile de faire un point sur les avantages des CPTS car il faut plusieurs années pour que la structure soit bien rodée

P7	Pour moi un an c'était trop court, il aurait fallu le faire sur 2/3 ans
P8	Difficile de répondre, car au bout d'un an et demi c'est trop juste pour faire un bilan à mon sens
P9	C'est un peu trop jeune pour prendre beaucoup de recul car il y a plusieurs choses en cours de création

- Attentes non prévues

Certains ont trouvé d'autres avantages notamment la possibilité de mettre rapidement en place des structures pour faire face à des situations de crises.

P3	Cela a permis l'organisation des soins en situation de crise. Par exemple, cela a permis de faire de la vaccination de masse lors de l'épidémie de COVID
----	--

Et de mettre en place de la formation interprofessionnelle

P6	J'ai vu que des missions de prévention se mettaient en place avec les autres professionnels de santé
P8	On va faire des formations interprofessionnelles qui paraissent très justifiées pour améliorer nos prises en charges

La majorité est d'accord pour dire que les CPTS leurs ont permis de mieux connaître les autres acteurs de santé de leurs territoires.

P2	Cela m'a permis des rencontres avec les autres professionnels
P4	Un exercice pluridisciplinaire et une meilleure connaissance des acteurs de santé du territoire et pouvoir résoudre plus facilement nos problèmes
P5	Surtout la connaissance des autres professionnels de santé et la communication inter-CPTS
P6	Cela m'a permis de mieux connaître tous les acteurs de santé de mon territoire grâce aux réunions

Et aussi de pouvoir adapter son exercice au plus près des besoins du territoire

P2	Pouvoir répondre à des problématiques de territoire.
----	--

Ainsi que de créer des liens autres que professionnel

P9	On connaissait déjà un peu les personnes avec qui on travaillait mais ça a permis de créer du lien autre que professionnel
----	--

Et de favoriser l'installation d'autres professionnels de santé notamment de jeunes médecins

P3	Cela pouvait aider à faire venir de jeune médecin
P8	Ça va favoriser l'installation de nouveaux médecins et il y a des projets d'installations d'autres professionnels de santé (orthophoniste, sage-femme, orthoptiste) et ça apporte un rayonnement

Seulement 2 participants n'ont pas trouvé de nouveaux avantages à participer à une CPTS.

- Contraintes non prévues

De nouvelles contraintes sont apparues, notamment une complexité plus importante qu'attendue. Ils constatent aussi qu'une partie des difficultés vient dans le fait que les instances

locales (CPAM, ARS) ne parlent pas le même langage que les acteurs de santé ce qui rend leurs attentes et la réalité du terrain difficilement superposables

P2	C'est un vrai millefeuille administratif, cela ne permet pas de tous se connaître quand la CPTS est grande.
P3	Les CPTS sont d'une lourdeur administrative importante
P4	Les administratifs n'ont pas la même temporalité que les acteurs de santé et ne parle pas le même langage. Heureusement que les interlocuteurs délégués par l'ARS et la CPAM sont à notre écoute en ce moment malgré qu'ils aient une gestion très comptable
P5	On met le doigt dans un fonctionnement, c'est une toile d'araignée avec de multiples partenaires administratif (CPAM, ARS) de santé (hôpitaux , cliniques) et gouvernementaux . Les administratifs ont une méconnaissance de la situation et pensent que les CPTS sont une solution miracle

Le fait qu'une part importante des subventions ne sert qu'à la gestion de la CPTS (salaire, frais de fonctionnement, etc..) et relativement peu pour organiser les différentes missions inhérentes aux CPTS

P2	Il y a beaucoup d'argent pour principalement du fonctionnement et pas beaucoup pour le soin
----	---

Ainsi qu'une inertie du système

P8	Il y a une grosse inertie dans la gestion des soins non programmés et cela ne dépend pas que de notre CPTS mais aussi au niveau départemental
----	---

Les participants regrettent que l'hôpital ne participe pas au CPTS

P1	Un manque de contact avec les spécialistes et l'hôpital
P2	Pas beaucoup de contact avec les médecins spécialistes de l'hôpital.

Ainsi que les médecins spécialistes.

P3	Elles manquent de spécialiste
----	-------------------------------

Certain reste dubitatif sur l'utilités des CPTS quant à résoudre l'accès à un médecin traitant

P9	Je ne pense pas que cela révolutionnera l'accès à un médecin traitant
----	---

Ainsi que la possibilité d'avoir un accès direct à une IPA pour les patients de médecins adhérents à une CPTS.

P7	J'étais contre la loi Valletoux et la possibilité que mes patients aient un accès direct aux IPA
----	--

D'autre relate la difficulté de s'adapter au système informatique et logiciels qui sont communs aux adhérents de la CPTS

P6	Je viens de recevoir me disant qu'il faut que j'installe un nouveau logiciel « Entr'actes » je crois et je ne sais pas comment faire
----	--

Ainsi que la difficulté de se tenir au courant des nouvelles et des dates des réunions car l'information ne passe que par courrier électronique

P7	Je ne suis pas branché H24 sur ma boîte mail et donc je rate parfois des réunions
----	---

Et l'impossibilité de créer des protocoles de soins avec une EHPAD comme avec les pharmaciens

P3	Il n'est pas possible de mettre des protocoles de soins avec les EHPADs
----	---

La grande majorité des participants s'accordent sur le fait qu'ils ne remettent pas en cause leurs adhésions à une CPTS et referaient le même choix d'adhérer à cette structure si cela était à refaire. Seulement 1 des participants regrette son choix et a demandé sa radiation de la CPTS dont il dépend.

P1	Oui.
P2	Oui.
P3	Oui.
P4	Oui.
P5	Oui.
P6	Oui.
P7	Non
P8	Oui, sans hésitation
P9	OUI, je pense que je résignerai

Les résultats ont été analysé grâce à une matrice de type SWOP :Forces (strengths), faiblesses (weaknesses), opportunités et menaces (threats).

<p><b>Forces :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Communication</li> <li>Organisation des soins</li> <li>Adaptation au plus proche des besoins de la population</li> <li>Meilleure connaissance des acteurs de santé du territoire</li> <li>Gestion de crise sanitaire</li> <li>Exercice pluridisciplinaire</li> </ul>	<p><b>Faiblesses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poids administratif</li> <li>Inertie du système</li> <li>Relation difficile avec autorité de tutelle</li> <li>Absence de spécialistes</li> <li>Peu de relation avec l'hôpital</li> <li>Lourdeur de création</li> </ul>
<p><b>Opportunités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Développer le réseau de soin</li> <li>Limiter le nombre de déserts médicaux</li> <li>Attractivité pour de futur professionnels de santé</li> <li>Financement du temps non médical</li> <li>Reconnaissance des autorités de tutelles</li> </ul>	<p><b>Menaces :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Épuisement des personnes motrices</li> <li>Perte de l'exercice libéral</li> <li>Perte d'indépendance</li> <li>Financement à long terme</li> <li>Contraintes des autorités de tutelle</li> </ul>

## D : DISCUSSION

Les CPTS sont à l'heure actuelle, la solution privilégiée par les autorités de tutelles pour résoudre à la fois le manque de médecins sur un territoire et favoriser de nouvelles installations. L'étude que j'ai réalisée, met en exergue que les attentes des médecins interviewés, après leurs adhésions ont, pour la majorité, été respectées. Les attentes concernaient principalement une meilleure connaissance des différents professionnels de santé du territoire pour ainsi améliorer le réseau de soin et la prise en charge des patients. Cet avantage est considérable et doit être mis en avant pour assurer la poursuite du développement de ces structures.

Durant les entretiens, il n'a pas été évoqué de notion d'avantage financier par les participants qu'ils auraient pu percevoir grâce aux CPTS. Les dotations financières de celles-ci sont importantes et l'avantage financier qu'elles représentent est indéniable et je pense que cet avantage reste un argument qui favorise l'adhésion des médecins aux CPTS. Lors de la création des CPTS, les ARS ont fait leurs promotions en vantant le fait qu'il serait possible de financer du temps non médical et donc d'en tirer un avantage financier.

La notion de délégation de tâche est aussi une question polémique auprès des médecins généralistes. Le manque de médecins généralistes, surtout en zone rurale, rend essentiel et indispensable le recours à des assistantes médicales ainsi qu'à des IPA pour pouvoir dégager du temps médical. Étant docteur en pharmacie de formation, j'ai pu constater lors de mon exercice que la quasi-majorité des professionnels de santé sont à la recherche de plus de reconnaissance de la part des médecins et sont prêt à prendre plus de responsabilités dans la prise en charge de leurs patients. Il est en revanche indispensable de bien délimiter le cadre d'exercice et de responsabilité de chacun en fonction de sa formation initiale et de les faire évoluer en fonction de la formation continue.

J'ai pu constater, lors des interviews que les médecins ont tous relaté les mêmes problèmes depuis leurs intégrations à une CPTS (poids administratif, tutelle des ARS, contrainte de temps). Le rôle du personnel travaillant dans les CPTS (coordinateur, assistant de coordination, chargé de communication, ...) est alors indispensable pour amenuiser la charge des membres actifs au sein du bureau ainsi que ceux participant activement à la réalisation des missions incombant aux CPTS. Les points négatifs sont difficilement améliorables notamment la lourdeur administrative, cela car ce sont des fonds publics qui financent les CPTS et il paraît licite que les autorités de tutelles puissent pouvoir contrôler comment les subventions sont utilisées. Un des autres problèmes, à savoir celui du temps que cela prend sur le temps de soin,

pourrait être résolu par la mobilisation de petites équipes pour gérer telles ou telles actions mais cela sous entendrait que l'ensemble des adhérents d'une CPTS participent. Malheureusement on constate que c'est souvent les mêmes personnes qui assurent le fonctionnement des CPTS et la majorité du temps il s'agit des personnes qui ont participé à la création de ces structures.

Cette surcharge de travail doit être prise en compte, un article paru dans le quotidien du médecin en janvier 2024 (24) relate la dissolution à l'unanimité des adhérents de la CPTS de Presqu'Iles en mer au motif de difficultés à mobiliser les acteurs de santé libéraux. Cela alerte sur la nécessité de rendre la structure plus souple et moins chronophage.

L'adhésion à une CPTS reste facultative mais la perception des différentes aides versées par la CPAM ou l'ARS est conditionnée à cette adhésion. Les autorités de tutelle n'obligent donc pas, mais contraignent en utilisant les aides financières comme levier.

Un aspect supplémentaire à considérer est que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) auront la possibilité, à l'avenir, de satisfaire tous les critères, que ce soit au niveau de l'organisation, de l'attractivité ou de la viabilité financière. Cependant, leurs expansions dépendront inévitablement de l'augmentation du nombre de médecins participant à ces structures. Comme mentionné précédemment, la croissance du nombre de médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, n'est prévue qu'à partir de l'année 2030.

Par ailleurs, les projections de la DRESS indiquent que l'exercice de la médecine de ville en tant que salarié va connaître une croissance dans les années à venir. Il est envisageable que les structures employant des médecins affiliés à une CPTS puissent stipuler dans les contrats de travail des futurs médecins salariés leur adhésion automatique à la CPTS.

Il reste indispensable de continuer à promouvoir les CPTS pour lutter contre certaines idées fausses persistantes. Le rôle des CPTS est d'être dans l'organisation du soin du parcours patient et de mettre en place des actions de préventions. Par exemple, ces structures ne sont pas là pour mettre en place des protocoles de soins (c'est le rôle des MSP), ni de résoudre tous les problèmes d'accès aux soins (mais de permettre de cibler les populations les plus à risques).

Un des autres défis est de pouvoir uniformiser les différents logiciels métier. L'avantage de la CPTS est que chaque adhérent travaille sur le même logiciel et il est possible de partager le dossier patient avec tous les adhérents. Cela permet un gain de temps et d'efficacité, surtout quand il s'agit d'un patient d'un confrère que l'on reçoit dans le cadre d'une urgence ou de la permanence des soins. Reste à mettre en place un logiciel permettant la liaison avec l'hôpital,

cela est en cours de déploiement avec le logiciel Entr'Acte, mais cela va prendre encore quelques années.

Le point positif est que pour la grande majorité des médecins interviewés, ils ne remettent pas en cause leur adhésion et trouvent des avantages à participer à ces structures.

- Forces et faiblesses de l'étude

Une des forces de cette étude est la participation de médecin exerçant depuis longtemps et motivés par le développement de la médecine générale. Elle est aussi une des premières à faire un point de situation après au moins 1 an d'adhésion à une CPTS.

Un des biais de cette étude est que les médecins ayant choisi de participer sont aussi ceux qui sont le plus actifs au niveau de ces structures et ont donc un regard plus positif. Un autre biais vient du fait que la création des CPTS en Charente est assez récente, il aurait été intéressant de pouvoir interviewer des médecins participants à des CPTS depuis plus longtemps. Une autre faiblesse est l'absence de triangulation de l'analyse des entretiens. Enfin, il n'a été interviewé que des médecins, qui ne sont qu'une partie des acteurs des CPTS. Les autres adhérents pourraient avoir une vision différente à propos de ces structures.

- Comparaison avec la littérature :

Plusieurs travaux (thèses, articles de revues, publications), concernant des régions différentes de France, ont été réalisés sur les attentes et les craintes des médecins sur leurs intégrations dans des CPTS. On peut constater que leurs résultats sont en adéquation avec mes résultats. On retrouve souvent les mêmes thèmes.

La thèse « les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de CPTS » soutenue par Hooman Khademi KOHNESHSHAHRI à Créteil en 2021(18) présente une étude réalisée sur 312 médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire envoyé par courrier électronique. Celle-ci recense les différentes craintes et attentes des médecins généralistes vis-à-vis des CPTS.

Craines	Moyenne (ET)	Attentes	Moyenne (ET)
Lourdeur administrative compliquant la mise en place du projet	4,5 (0,8)	Améliorer la connaissance entre les (annuaire santé)	3,7 (1,2)
Lourdeur administrative compliquant le travail de tous les jours	4,3 (1,0)	Améliorer la coordination interprofessionnelle pendant les crises sanitaires (COVID-19)	3,4 (1,4)
le développement du projet	4,3 (0,9)	Améliorer la prise en charge des patients complexes (Réunions interprofessionnelles)	3,4 (1,2)
Multiplicité des structures avec difficulté supplémentaire à se coordonner	4,1 (1,0)	Financer le temps de travail hors consultation (organisation des soins, réunion, etc.)	3,4 (1,2)
Doute sur la pérennité du financement des CPTS	4,1 (1,1)	Se coordonner entre les professionnels de santé et fluidifier le parcours de soins des patients	3,4 (1,2)
Gestion des CPTS par les institutions avec des missions imposées	4,0 (1,1)	Améliorer la continuité/permanence des soins et les soins non programmés	3,3 (1,3)
Difficulté de travail commun avec les institutions ARS/CPAM/Hôpital	4,0 (1,1)	Améliorer la qualité des soins (travail en équipe)	3,3 (1,2)
CPTS est trop importante	4,0 (1,1)	?	3,2 (1,3)
Baisse du temps de soins	3,8 (1,2)	?	3,2 (1,2)
Difficulté à faire adhérer les différents commun	3,7 (1,1)	Avoir plus de légitimité en tant que collectif	3,2 (1,4)
Difficulté du démarchage des institutions pour obtenir des financements	3,7 (1,2)	sociale dans la prise en charge globale	3,2 (1,2)
Découpage du territoire sans consultation des professionnels de santé locaux	3,7 (1,3)	mais aussi pour la communauté (ex : prévention)	3,2 (1,2)
gouvernance	3,7 (1,2)	?	3,1 (1,3)
activité	3,6 (1,4)	Gérer santé du territoire	3,0 (1,2)
Exclusion des projets de soins non portés par les CPTS	3,6 (1,2)	Diminuer la redondance du système de soins	3,0 (1,3)
	3,5 (1,3)	?	3,0 (1,2)
	3,4 (1,2)	Harmoniser la prise en charge des patients par la protocolisation	2,9 (1,2)
Difficulté de travailler à plusieurs à cause des partenaires de travail imposés/forcés	3,4 (1,3)	?	2,8 (1,3)
pour mener le projet	3,4 (1,2)	territoire pour développer les actions locales	2,6 (1,2)
Difficulté de travailler à plusieurs car il faut faire des concessions	3,4 (1,2)	Accélérer et optimiser le développement de la télé-médecine	2,6 (1,3)
Perte du libre choix des patients	3,0 (1,4)	Libérer du temps pour faire des actions de prévention	2,6 (1,3)
Difficulté de travailler à plusieurs car il faut	3,0 (1,3)	Optimiser le temps de soins des professionnels de santé	2,5 (1,3)
Perte du statut de médecin référent des médecins généralistes	2,9 (1,4)	Améliorer la démocratisation de la médecine	2,4 (1,2)
Difficulté de travailler à plusieurs à cause des hiérarchies professionnelles	2,8 (1,4)	Libérer du temps pour innover	2,3 (1,2)
Risque de violation du secret professionnel à cause du partage de dossier du patient	2,4 (1,3)	Libérer du temps pour faire de la recherche	2,1 (1,1)

fig 18 craintes et attentes des médecins généralistes vis-à-vis des CPTS (15)

On constate que les principales craintes sont administratives, financières et structurelles. Quant aux attentes, on constate que les principales concernent surtout la prise en charge du patient à travers une meilleure relation entre les différents acteurs de santé (public/privé), le gain de temps et une part financière (financement du temps non médical).

La thèse « Représentation des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluriprofessionnel en CPTS » soutenue par Atina Valtcheva à Nice en 2021 (19) présente une étude qualitative réalisée par entretien semi-dirigé chez 18 médecins généralistes de la région PACA participants à une CPTS depuis une période de 1,2 ans en moyenne. Cette étude met en exergue que pour les médecins participants à une CPTS, les avantages sont d'augmenter la qualité des soins, limiter les dépenses de santé, lutter contre les problèmes de démographie médicale, faciliter la communication interprofessionnelle, mettre le patient au cœur du projet de santé. Quant aux inconvénients, il s'agit d'une structuration forcée par les autorités de tutelles, une perte de sensation de liberté, un fonctionnement flou, des doutes sur son efficacité, une lourdeur administrative et un doute chez les médecins de pouvoir faire du management d'équipe.

La thèse « Les CPTS une organisation d'avenir ? » soutenue en Juin 2021 par Stéphane Delance à Poitiers(20) met en évidence les craintes et les opportunités perçues par 7 professionnels de santé (médecins, IDE, psychologue) du département de la Vienne, lors d'entretiens. Pour les personnes interviewées, les CPTS sont des dispositifs peu connus, qui ne répondent pas aux besoins immédiats, qui visent à contractualiser des pratiques déjà existantes. De plus l'intitulé des missions relevant des CPTS peut paraître ambiguë. Cependant, les CPTS sont une opportunité pour rendre le territoire plus attractif pour de nouveaux professionnels de santé, peuvent permettre une redistribution des rôles et ainsi permettre une meilleure prise en charge des patients. Et enfin permettre une amélioration de la qualité des soins ainsi que l'amélioration du confort de l'exercice médical.

La thèse « les problématiques de mise en place d'une CPTS sur le territoire Sud-Manche » soutenue en Février 2020 par Robin Horcholle à Caen(21) met en exergue les difficultés rencontrées lors de la création d'une CPTS. Celles-ci étaient dues au fait de la méconnaissance des professionnels quant au fonctionnement de cette structure ainsi que la difficulté de faire émerger des projets et de prioriser leurs mises en place. Une autre difficulté était la question des financements. Cette étude a mis en évidence la nécessité de libérer du temps médical pour les personnes pivots du projet ainsi que la nécessité de recruter des IPA, de consolider l'autoformation et enfin de développer les outils numériques.

La thèse « les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux CPTS : étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse) » soutenue en avril 2021 par Margot Gilbert à Marseille (22), révèle que les principaux freins sont un manque d'information sur ces structures, la peur d'une perte de temps, la contractualisation de choses se faisant déjà et enfin la peur de la fin de l'exercice libéral. Cette thèse révèle aussi que les médecins généralistes attendent des CPTS une amélioration de l'organisation entre eux grâce la réalisation de formations médicales, l'amélioration de la communication entre professionnels de santé (spécialistes exerçant en libéral et en structure publique), l'amélioration de la prise en charge des patients et enfin permettre de trouver un successeur. Cette étude a été réalisée auprès de 6 médecins généralistes.

La thèse « Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis » soutenue le 24 novembre 2022 par Raphaël DACHICOURT, (23)met en exergue que les CPTS permettent un meilleur exercice coordonné au travers un travail d'équipe. Elles sont un outil pour répondre aux besoins de santé d'un

territoire. Elles restent tributaires des personnes qui ont participé à leurs créations ce qui peut être un problème quand ces personnes arrêtent d'y adhérer.

Enfin, un article, paru dans la revue « Regards Protection sociale » publié en février 2019, portant sur un retour d'expérience d'une CPTS dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris (24) met en évidence qu'une période d'apprentissage est nécessaire avant que les membres de la CPTS puissent mettre en œuvre des projets sanitaires et que ceux-ci naissent la plupart du temps de rencontre entre professionnels de santé . Bien que dans les missions des CPTS il existe le développement des outils numériques, les auteurs pensent qu'il faut d'abord commencer par bien se connaître et établir une relation de confiance avant de les mettre en place. Les rédacteurs s'accordent à dire que l'exercice pluri-professionnel est difficile et qu'il est réalisable que si les différents acteurs peuvent s'écouter. Les CPTS sont une opportunité pour développer de nouvelles relations avec les autorités de tutelles ainsi qu'avec les structures de santé publique. Les auteurs pensent que le devenir des CPTS sera d'y impliquer les patients ainsi que « les citoyens, habitants, usagers » du secteur desservi par la CPTS.

Une question qui n'a pas été abordé reste la pérennité de ces structures dans le temps ainsi que leur financement à long terme. La société pourra-t-elle financer à la fois ces structures et un paiement à l'acte pour les différents professionnels de santé ? Ne nous dirigerons nous pas vers un paiement au forfait (capitation) ? ...

Une autre question qui n'a pas été abordée est celle du risque individuel pour le patient. Une lettre ouverte du Dr Maxime Nivon dans la revue prescrire de janvier 2024 (29) en réponse à un article de la même revue sur les CPTS paru en septembre 2023 (30) relate ses inquiétudes autour de 4 risques : économique, accès aux soins, déontologique et éthique et enfin individuel. Ce médecin s'inquiète à juste titre sur les risques individuels en prenant l'exemple d'une femme de 69 ans qui a vu dans un supermarché une affiche de la CPTS du secteur qui organisait une campagne de dépistage du cancer de l'utérus et a bénéficié d'un frottis (malgré son âge). Celui-ci s'est avéré positif à l'HPV et aucune suite n'a été donné.

- Comment s'organise les soins primaires en Europe ?

En Belgique (25), l'organisation des soins primaires repose sur :

1. Médecins généralistes (Médecin Généraliste/ Huisarts) : Les patients sont encouragés à choisir un médecin généraliste qui sera leur coordinateur de soins primaires. Ils peuvent choisir d'exercer en libéral ou être rémunérés selon un forfait fonction de leur patientèle
2. Maison Médicale (Maison Médicale/ Medisch Huis) : Les maisons médicales sont des centres de santé de première ligne qui regroupent plusieurs professionnels de la santé sous un même toit, tels que des médecins généralistes, des infirmières, des kinésithérapeutes et des travailleurs sociaux. Elles offrent une gamme de services de soins primaires accessibles à la communauté locale.
3. Accès aux spécialistes : Si nécessaire, les médecins généralistes peuvent orienter leurs patients vers des spécialistes ou des services hospitaliers pour des soins spécialisés.
4. Télé-médecine : comme dans d'autres pays d'Europe, la télé-médecine a été développé pour pallier au manque de médecins.

Il convient de noter que les politiques de santé en Belgique peuvent varier en fonction des régions linguistiques (flamande, wallonne et bruxelloise) et des régions administratives (Flandre, Wallonie et Bruxelles-Capitale).

En Italie (26), l'organisation se fait autour du médecin généraliste :

1. Médecins de famille (Medico di Medicina Generale - MMG) : Les médecins de famille jouent un rôle central dans les soins primaires en Italie. Les patients sont encouragés à choisir un médecin de famille qui sera leur principal prestataire de soins. Ces médecins sont généralement des praticiens généralistes et sont rémunérés selon un forfait (fonction du nombre de leurs patientèles) ainsi qu'une rémunération supplémentaires fonction d'indicateurs d'activité.
2. Centres de santé (Case della Salute) : En complément des médecins de famille. Ces centres offrent des services de soins primaires, avec la présence de professionnels de la santé tels que des infirmières, des pédiatres, des gynécologues, et d'autres spécialistes.

3. Accès aux spécialistes : Si nécessaire, les médecins de famille peuvent orienter leurs patients vers des spécialistes ou des hôpitaux pour des soins plus avancés. Cependant, le médecin de famille joue un rôle de coordination dans le suivi des soins.
4. Télé-médecine : Comme dans de nombreux pays, l'Italie a développé des services de télé-médecine pour améliorer l'accessibilité aux soins primaires, en particulier dans les zones éloignées.

Il peut y avoir des variations régionales dans la mise en œuvre des services de soins primaires en Italie.

En Espagne(27), l'organisation des soins primaires repose aussi sur le médecin généraliste.

1. Médecins de famille (Médico de Familia) : Les médecins de famille jouent un rôle central dans les soins primaires. Chaque individu est rattaché à un médecin de famille dans son centre de santé local, qui assure le suivi médical régulier.
2. Centre de santé (Centro de Salud) : Les centres de santé sont des établissements de soins primaires qui offrent un accès à différents types de services comme, des consultations médicales, des soins infirmiers, des services de vaccination, des programmes de santé préventive, etc. Les centres de santé sont généralement dirigés par des équipes multidisciplinaires comprenant des médecins généralistes, des infirmières, des pédiatres, des travailleurs sociaux, des psychologues, etc.
3. Réseaux intégrés de soins (Redes Integradas de Salud) : Certains systèmes de santé autonomes ont mis en place des réseaux intégrés de soins qui visent à coordonner les soins primaires, spécialisés et hospitaliers pour assurer une continuité des soins, optimale.
4. Télé-médecine : La télé-médecine est développée pour offrir des consultations médicales à distance, notamment dans les zones rurales ou éloignées.

Il convient de noter que certaines régions autonomes en Espagne peuvent avoir des variations dans l'organisation et la prestation des services de santé.

En définitive, on constate que dans tous les pays d'Europe, l'organisation des soins passe par le médecin généraliste, qui coordonne le parcours de soin du patient.

Cette étude permet de confirmer la nécessité de poursuivre la promotion des CPTS. Je pense que l'intégration des médecins spécialistes est une évolution nécessaire et indispensable pour rendre ces structures attractives. La place de représentants des structures hospitalières deviendra par la suite nécessaire.

## E : CONCLUSION

Les CPTS répondent actuellement aux attentes des médecins généralistes de Charente tant au niveau organisationnel que relationnel. Il reste qu'elles représentent un poids administratif supplémentaire surtout pour les personnes en charge de leurs fonctionnements et qu'elles ne permettent pas encore une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital.

Leurs financements sont, pour l'instant, assurés par les autorités de tutelles et devraient perdurer pendant plusieurs années. L'avantage financier qu'elles assurent aux médecins qui y adhèrent, reste non négligeable et est un argument supplémentaire pour favoriser leurs extensions.

De plus, la démographie médicale étant pour quelques années encore en baisse régulière, la délégation de missions initialement dévolues au médecin devient une chose indispensable. Une étude croisée entre les médecins généralistes et les autres professionnels de santé concernant les actes susceptibles d'être délégués, pourrait faire émerger des axes de réflexions sur de futures évolutions des prises en charges.

Le territoire français est couvert à 53,66% (source avril 2023 du ministère de la santé) par des CPTS en activité, et à hauteur de 36,31% pour la Nouvelle Aquitaine. Si on inclut les CPTS prochainement en activité et celles en cours de création, le taux passe à 62,83% dans notre région. En 2024, la Charente compte 8 CPTS qui couvrent 74 % de la population. L'avantage des CPTS pour améliorer la prise en charge des patients est indéniable. Les professionnels de santé participant à une CPTS sont conscients des difficultés liées à l'organisation des soins mais font l'effort de s'organiser pour prendre au mieux en charge une population locale de plus en plus vieillissante. La revalorisation constante des financements alloués aux CPTS est un signe de leur efficacité et de leur nécessité. Un gain d'efficacité passera par la mobilisation de tous les acteurs de la CPTS et pas seulement par quelques éléments.

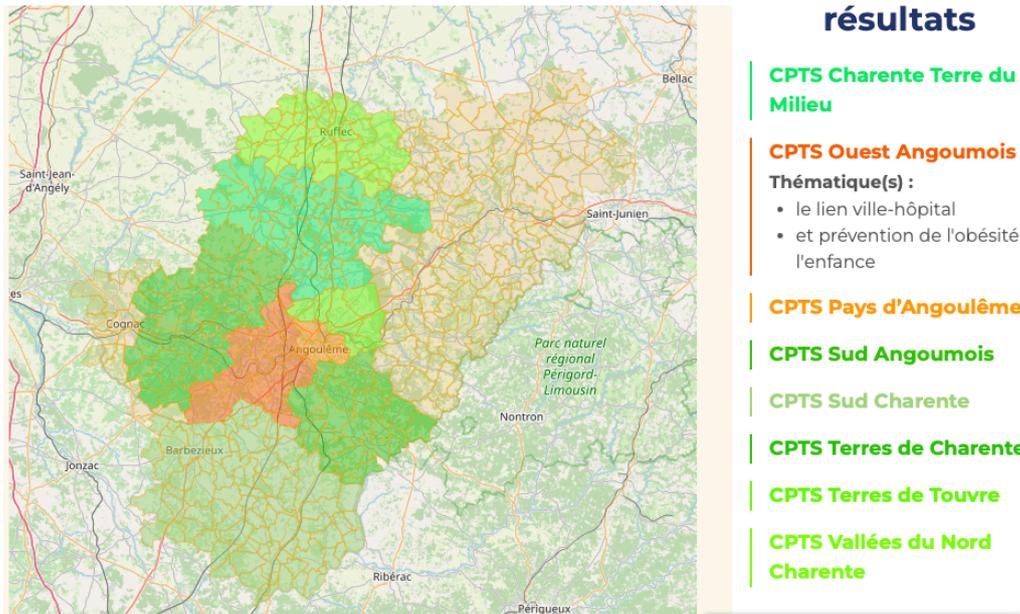


Fig 20 : répartition des CPTS en Charente (28)

Il serait intéressant d'élargir l'étude à tous les adhérents des CPTS pour pouvoir faire émerger d'autres avantages et ainsi valoriser la création de ces structures. Cela permettrait aussi de pouvoir mettre en évidence les tâches qui pourraient être déléguées aux autres professionnels de santé.

## F : ANNEXES

Annexe 1 : texte d'annonce :

Texte de l'annonce de l'appel à participation

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je me nomme Alexis VIVIEN, interne en DESMG (diplôme d'études spécialisées de médecine générale) à la faculté de médecine de Poitiers.

Je me permets de vous contacter au sujet de mon travail de thèse, dirigé par le Dr Parthenay Pascal et le Dr Dupuis Dusseau Élise, qui concerne les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé).

Je vous contacte car vous avez l'expérience de l'exercice au sein de ces structures et je souhaiterais vous rencontrer pour discuter ensemble de votre représentation de votre exercice après au moins un an au sein d'une CPTS.

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

Celui-ci serait réalisé en présentiel et sera enregistré sur dictaphone, puis retranscrit mot-à-mot sur un document Word et enfin le support audio sera supprimé. Il sera anonymisé et ne comportera pas vos noms prénoms.

Un document d'information vous sera remis ainsi qu'un consentement avant l'entretien.

Votre avis est important et il permettra de faire le point sur la pertinence des CPTS et leurs utilités

Au plaisir de vous rencontrer et de parler avec vous de ce sujet,

Cordialement

Alexis VIVIEN

Annexe 2 :

Formulaire d'information et de consentement	
Différences entre les attentes des MG de Nouvelle Aquitaine et la réalité, après 1 an d'activité de la CPTS	
Responsable de recherche Pr Parthenay Pascal Professeur associé de médecine générale Mail : <a href="mailto:pascal.parthenay@univ-poitiers.fr">pascal.parthenay@univ-poitiers.fr</a> Tel : <a href="tel:0545640672">05 45 64 06 72</a> Dr DUPUIS DUSSEAU Elise Médecin généraliste Mail : <a href="mailto:dr.dupuis.elise@orange.fr">dr.dupuis.elise@orange.fr</a> Tel : 05 45 24 55 24	Investigateur principal : Alexis VIVIEN Interne de DESMG à la faculté de Poitiers Mail : <a href="mailto:alexis.vivien@etu.univ-poitiers.fr">alexis.vivien@etu.univ-poitiers.fr</a> Tel : 07/62/99/11/74

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

Cette étude a pour objectif principal de relever les différences entre les attentes des MG de CHARENTE et la réalité, après au moins 1 an d'activité de la CPTS

L'objectif secondaire de ce travail est de mettre en évidence les points positifs et négatifs d'un fonctionnement en CPTS par une présentation objective, se basant sur les retours du terrain, pour les médecins généralistes qui souhaitent s'engager dans un projet de CPTS

Pour répondre à ces objectifs, un entretien d'une durée d'environ 20 minutes sera réalisé avec vous. L'interviewer sera Alexis VIVIEN, interne en médecine générale. Cet entretien sera réalisé en présentiel où vous le souhaitez. Il portera sur votre opinion sur les différences entre ce que vous attendiez de l'exercice au sein d'une CPTS et la réalité après 1 an d'exercice.

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

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

A la fin de l'analyse de données, toute donnée sera supprimée de l'ordinateur et de la clé USB de l'interne.

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

Nous vous rappelons que :

- Votre participation est volontaire
- Vous êtes libre de refuser de répondre aux questions sans donner d'explications,
- Vous avez le droit de vous retirer, à tout moment, sans condition et sans conséquences négatives,
- Vous avez la possibilité de demander la destruction des données d'entretien à tout moment avant l'impression de la thèse.
- Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès à votre entretien ou à toute autre donnée vous concernant à tout moment de l'étude, jusqu'à l'impression de la thèse.

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

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

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

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

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

Date :

Signature :

### Annexe 3 : guide d'entretien semi-dirigé

**Bonjour,**

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

**Je suis Alexis VIVIEN, interne de Médecine Générale, et souhaite discuter avec vous de votre représentation des CPTS après au moins un an d'exercice au sein de celle-ci**

#### **Question brise-glace**

Quelles étaient les raisons de votre intégration à une CPTS ?

**Je vous ai contacté en tant que professionnel de santé ayant l'expérience de l'exercice pluri-professionnel**

1/ Qu'attendiez-vous de votre exercice au sein d'une CPTS ?

2/ Quelles craintes aviez-vous avant votre intégration ?

3 /Après plus d'un an d'exercice au sein d'une telle structure quelles attentes se sont réalisées ?

4/Avez-vous trouvé d'autres avantages quant à l'exercice au sein d'une CPTS ?

5/ Quelles craintes se sont réalisées ?

6/ D'autres contraintes sont-elles apparues ?

7/ Si cela était à refaire, adhérez-vous à une CPTS ?

## Données quantitatives

### Questionnaire :

- Tranche d'âge : 30-40 ans, 40-50 ans, 50-60 ans, plus de 60 ans
- Sexe:
- Durée d'installation : 1 à 5 ans, 5 à 10 ans, 10 à 15 ans , plus de 15 ans
- Lieu d'exercice :
  - Urbain
  - Semi-rural
  - Rural
- Mode d'exercice :
  - Libéral
  - Société
  - Seul
  - Cabinet
  - MSP
- Proposition autre : Recevez-vous des étudiants en médecine ?
  
- Durée d'adhésion à une CPTS :

## G : BIBLIOGRAPHIE

- 1 L'essentiel sur... la Nouvelle-Aquitaine | Insee [Internet]. [cité 2023 juin 4]. Disponible sur: [https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482442#figure1\\_radio4](https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482442#figure1_radio4)
- 2 Cloutet P. Nouvelle-Aquitaine : une population de plus de 6 millions d'habitants. AquitaineOnLine. 2023 [cité 2023 mai 27]. Disponible sur: <https://www.aquitaineonline.com/actualites-en-aquitaine/sud-ouest/5640-aquitaine-les-nouveaux-chiffres-de-la-population.html>
- 3 D'ici 2070, un tiers des régions perdraient des habitants - Insee Première - 1930 [Internet]. [cité 2023 juin 4]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6658362>
- 4 Nouveau zonage médecins en Nouvelle-Aquitaine en 2022 [Internet]. 2022 [cité 2023 juin 4]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/nouveau-zonage-medecins-en-nouvelle-aquitaine-en-2022>
- 5 Offre\_sante.pdf [Internet]. [cité 2023 mai 10]. Disponible sur: [https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre\\_sante.pdf](https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre_sante.pdf)
- 6 Arramon-Tucoc P. Médecine liberale, Journal de l'union des médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine. 2021;
- 7 Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;
- 8 Comment monter une CPTS – CPTS [Internet]. [cité 2023 mai 19]. Disponible sur: <https://www.cpts-na.org/comment-monter-une-cpts/>
- 9 Cartographie des CPTS en Nouvelle-Aquitaine - C&D Online [Internet]. [cité 2023 mai 19]. Disponible sur: [https://cdonline.articque.com/share/display/e6a3b45bde16ab7594bd75836c2268191e5a9473?map=0\\_1\\_0.cartojson](https://cdonline.articque.com/share/display/e6a3b45bde16ab7594bd75836c2268191e5a9473?map=0_1_0.cartojson)
- 10 Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. 2023 [cité 2023 mai 22]. Disponible

sur: <https://www.ameli.fr/dordogne/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance>

- 11 Avec la pénurie de généralistes, 11 % de personnes n'ont pas de médecin traitant en France. Le Monde.fr [Internet]. 2022 sept 30 [cité 2023 mai 22]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants\\_6143817\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants_6143817_3224.html)
- 12 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 - Légifrance [Internet]. [cité 2023 juin 4]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045443303>
- 13 Avis relatif à l'avenant 1 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 juin 2019 - Légifrance [Internet]. [cité 2023 mai 22]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/texte\\_jo/JORFTEXT000042846897](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/texte_jo/JORFTEXT000042846897)
- 14 Rémunération des CPTS [Internet]. [cité 2023 juin 4]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/dordogne/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>
- 15 InterCPTS16 - Présentation partenaires - 032024. Canva [Internet]. [cité 2024 mars 25]. Disponible sur: <https://www.canva.com/design/DAF-QlktTm8/I7ZQ4Md-Zk4XnwoajPBgdA/view>
- 16 ft\_entretien.pdf [Internet]. [cité 2023 sept 28]. Disponible sur: [https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft\\_entretien.pdf](https://eureval.files.wordpress.com/2014/12/ft_entretien.pdf)
- 17 Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 2007 déc;19(6):349-57.

- 18 Khademi Kohnehsahri H. Les attentes et les craintes des médecins généralistes vis-à-vis du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). 2021.
- 19 Valtcheva A. Représentations des professionnels de santé libéraux sur l'exercice pluri-professionnel en communauté professionnelle territoriale de santé.
- 20 Delance S. Les CPTS une organisation d'avenir ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2021 [cité 2022 mars 29]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/eb8c29ec-3c4f-4e60-b128-c981404248ec>
- 21 Horcholle R. Les problématiques de mise en place d'une communauté professionnelle territoriale de santé sur le territoire du Sud-Manche. 2020.
- 22 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) [Internet] [Thèse d'exercice]. [2012-....., France]: Aix-Marseille Université; 2021 [cité 2022 mars 29]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193714>
- 23 2022ULILM492.pdf [Internet]. [cité 2024 mars 8]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2022/2022ULILM492.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2022/2022ULILM492.pdf)
- 24 Falcoff H, Gasse AL, Berraho-Bundhoo Y, Dubois S. Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris. *Regards*. 2019;56(2):93-104.
- 25 Le système de santé belge [Internet]. [cité 2024 mars 12]. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html>
- 26 Le système de santé italien [Internet]. [cité 2024 mars 12]. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/italie.html>
- 27 Le système de santé espagnol [Internet]. [cité 2024 mars 12]. Disponible sur: <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/espagne.html>

- 28 Cartographie Charente [Internet]. FCPTS. [cité 2022 sept 22]. Disponible sur: <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-charente>
- 29 La revue Prescrire, Janvier 2024, Tome 44 N°483, Page 73.
- 30 La revue Prescrire, Septembre 2023, Tome 43 N° 489, Page 704.

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



## I : RESUME

### Introduction :

Créées en 2016 pour améliorer la prise en charge des patients et favoriser l'installation de nouveaux praticiens, les CPTS abordent leurs 8 ans d'existence. De nombreux travaux ont été réalisés concernant les attentes et les craintes des médecins avant leur intégration et il était pertinent de vérifier à posteriori si cela était confirmé après au moins un an d'adhésion.

### Matériel et méthode :

Une étude qualitative, par entretien semi-dirigé, grâce à une grille d'entretien, a été réalisé auprès de différents médecins généralistes du département de la Charente après accord écrit de ceux-ci. Les interviews ont alors été analysé grâce à un logiciel adapté pour faire ressortir les résultats.

### Résultats

Sur 9 médecins interrogés, la totalité est d'accord pour dire que leurs attentes vis-à-vis des CPTS sont réalisées (amélioration de la connaissance du réseau de soins, amélioration de la prise en charge des patients).

Sur 9 médecins interrogés, la totalité est d'accord pour dire que leurs craintes se sont aussi réalisées (adhésion chronophage, poids des autorités de tutelles, lourdeur administrative)

8 médecins sur 9 ne remettent pas en cause leurs adhésions aux CPTS

### Discussion

Après au moins un an d'adhésion à une CPTS, les attentes des médecins, avant leur adhésion, sont au rendez-vous. On constate par ailleurs que les participants ne remettent pas en cause leur adhésion dans une grande majorité.

Concernant les craintes des médecins, celles-ci sont aussi confirmées à savoir une lourdeur administrative et une participation qui est chronophage. Il est à noter que pour certains, il est trop tôt pour pouvoir évaluer objectivement l'efficacité des CPTS

### Conclusion :

Les CPTS restent une solution à privilégier, pour améliorer la prise en charge des patients dans un contexte de démographie médicale en diminution.

D'autres études englobant les différents acteurs de santé des CPTS (IDE, Asalée, kinésithérapeute, dentiste, ...) portant sur le même thème, seront à réaliser pour pouvoir dégager d'autres axes de réflexion en vue d'améliorer l'efficacité et la pérennité de ces structures.

### Mots clés :

CPTS, évaluation, Charente, exercice coordonné, coordination des soins, soins de santé primaire, attente.