UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2025 N° : 20

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : Médecine générale

PAR

Marc MROUEH

Né le 07/12/1995, au Liban

COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) : QUELLES REPRESENTATIONS POUR LES INTERNES ET JEUNES MEDECINS GENERALISTES ? ET QU'EN DISENT LES MEDECINS PARTICIPANTS ?

Président de thèse : ANDRES Emmanuel, Professeur

Directeur de thèse : TRYNISZEWSKI Frédéric, Docteur

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

• **Président de l'Université**		M. DENEKEN Michel
• **Doyen de la Faculté**		M. SIBILIA Jean
• **Première Vice Doyenne de la Faculté**		Mme CHARLOUX Anne
• **Doyens honoraires :**	**(1989-1994)**	M. VINCENDON Guy
	(1994-2001)	M. GERLINGER Pierre
	(2001-2011)	M. LUDES Bertrand
• **Chargé de mission auprès du Doyen**		M. VICENTE Gilbert
• **Responsable Administratif**		M. STEEGMANN Geoffroy

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis	Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak	Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène	Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : **Gynécologie-Obstétrique**
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; **Radiothérapie**
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01	Gastro-entérologie ; **hépatologie** Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : **Psychiatrie d'Adultes**
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02	Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01	Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04	**Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ;** Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 **Anesthésiologie-Réanimation** ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matfhieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierrre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 **Médecine Physique et Réadaptation**
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatologie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; **Addictologie** (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 **Anatomie**
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 **Pneumologie** ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 **Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	CS	- Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil		
MENARD Didier	NRPô	• Pôle de Biologie	45.02	Parasitologie et mycologie
	NCS	- Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS		(option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation
	CS	- Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC		(type mixte)
MEYER Alain	NRPô	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine	44.02	Physiologie (option biologique)
	NCS	• Pôle de Pathologie thoracique		
		- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC		
MEYER Nicolas	NRPô	• Pôle de Santé publique et Santé au travail	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et
	NCS	- Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil		Technologies de Communication
		• Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil		(option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison	48.02	Réanimation
	CS	- Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil		
MONASSIER Laurent	NRPô	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
	CS	- Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac		
MOREL Olivier	NRPô	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire	51.02	Cardiologie
	NCS	- Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil		
MUTTER Didier	RPô	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
	NCS	- Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC		
NAMER Izzie Jacques	NRPô	• Pôle d'Imagerie	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
	CS	- Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS		
NOEL Georges	NRPô	• Pôle d'Imagerie	47.02	Cancérologie ; **Radiothérapie**
	NCS	- Service de radiothérapie / ICANS		Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR	48.01	Anesthésiologie-Réanimation
	NCS	- Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP		
OHANA Mickael	NRPô	• Pôle d'Imagerie	43.02	Radiologie et imagerie médicale
	NCS	- Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC		(option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire	51.02	Cardiologie
	CS	- Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil		
Mme OLLAND Anne	NRPô	• Pôle de Pathologie Thoracique	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	NCS	- Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil		
Mme PAILLARD Catherine	NRPô	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie	54.01	Pédiatrie
	CS	- Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre		
PELACCIA Thierry	NRPô	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR	48.05	Réanimation ; **Médecine d'urgence**
	NCS	- Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté		Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
	NCS	- Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil		
PESSAUX Patrick	NRPô	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation	52.02	Chirurgie Digestive
	CS	- Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil		
PETIT Thierry	CDp	• ICANS	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie
		- Département de médecine oncologique		Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô	• ICANS	47.02	**Cancérologie** ; Radiothérapie
	NCS	- Département de médecine oncologique		Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR	48.01	**Anesthésiologie-réanimation** ;
	CS	- Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre		Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie,	44.04	Nutrition
	NCS	Diabétologie (MIRNED)		
		- Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre		
PROUST François	NRPô	• Pôle Tête et Cou	49.02	Neurochirurgie
	CS	- Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre		
RAUL Jean-Sébastien	NRPô	• Pôle de Biologie	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
	CS	- Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC		
		• Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine		
REIMUND Jean-Marie	NRPô	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation	52.01	Option : Gastro-entérologie
	NCS	- Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP		
RICCI Roméo	NRPô	• Pôle de Biologie	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
	NCS	- Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC		
ROHR Serge	NRPô	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation	53.02	Chirurgie générale
	CS	- Service de Chirurgie générale et Digestive / HP		
ROMAIN Benoît	NRPô	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation	53.02	Chirurgie générale
	NCS	- Service de Chirurgie générale et Digestive / HP		
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie	54.01	Pédiatrie
	NCS	- Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre		
Mme ROY Catherine	NRPô	• Pôle d'Imagerie	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
	CS	- Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC		
SANANES Nicolas	NRPô	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique	54.03	**Gynécologie-Obstétrique** ; gynécologie médicale
	NCS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / HP		Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 **Pédopsychiatrie** ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : **Hépatologie**
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle
Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)
Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 **Pharmacologie fondamentale** ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictotologie
FILISETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 **Hématologie** ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 **Bactériologie-Virologie** ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) – Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- ***de droit et à vie*** *(membre de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)

- ***pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)***
  BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)

- ***pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)***
  DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

- ***pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)***
  Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

- ***pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)***
  CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  GRUCKER Daniel (Physique biologique)
  HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
  KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  MOULIN Bruno (Néphrologie)
  PINGET Michel (Endocrinologie)
  ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
  ROUL Gérald (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc	CNU-31	IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.10
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) /01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DUCLOS Bernard (Hépato-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie / 01.10.16)
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.13
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KREMER Michel / 01.05.98
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : ***Nouvel Hôpital Civil :*** 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : ***Hôpital Civil :*** 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : ***Hôpital de Hautepierre :*** Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- ***Hôpital de La Robertsau :*** 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- ***Hôpital de l'Elsau :*** 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de CANcérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRETÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ETRE CONSIDERÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

SERMENT D'HIPPOCRATE

(version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à 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 les crimes.

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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Emmanuel ANDRES, Président du jury

C'est un honneur pour moi que vous ayez accepté de présider ce jury et d'évaluer mon travail. Je vous suis reconnaissant pour l'intérêt que vous lui avez porté et le temps que vous lui avez consacré. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Frédéric TRYNISZEWSKI, Directeur de thèse et membre du jury

Un grand merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours. Ta disponibilité, ton écoute et tes précieux conseils ont été d'une aide inestimable à chaque étape de ce travail. Tu as su me guider avec bienveillance, me soutenir et m'encourager avec patience et générosité. C'est en réalisant à tes côtés un stage aussi enrichissant que varié, et grâce à ton soutien, que j'ai pu commencer mes premiers remplacements. La ville de Mulhouse a la chance de compter parmi sa communauté médicale un professionnel de santé aussi dynamique et engagé que toi. Je suis honoré de t'avoir eu comme directeur de thèse, et je t'en remercie du fond du cœur.

À Madame le Docteur Anne-Elisabeth SANSELME, membre du jury

Je vous remercie chaleureusement de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger ma thèse et de l'attention que vous lui avez accordée. Je voudrais aussi souligner votre bienveillance et le soutien précieux que vous m'avez proposé avec générosité dans les moments difficiles.

À Monsieur le Docteur Mohamed BOURRICH, membre du jury

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer mon travail. Ta présence en ce jour me fait très plaisir. Notre rencontre, bien que tardive dans mon parcours, a été une étape essentielle de mon évolution. Grâce à toi et à l'opportunité que tu m'as offerte en m'accueillant dans ton cabinet en tant que remplaçant, j'ai pu découvrir une facette de notre métier qui me semblait auparavant complexe. Ta disponibilité, ta flexibilité et, surtout, ton humanité dans ton travail m'ont toujours motivé à me lever chaque jeudi matin avec enthousiasme pour exercer ce beau métier.
Au fil du temps, notre relation a évolué bien au-delà du cadre professionnel, et aujourd'hui, je te considère comme un ami proche. Je te souhaite tout le bonheur du monde, à toi, à ta famille et à la petite Amina.

Aux médecins interrogés

Merci d'avoir pris le temps d'échanger avec moi et de partager vos avis. Votre contribution a été indispensable pour la réalisation de ce travail.

À mes parents,

Comme vous le savez, je ne suis pas du genre à exprimer facilement mes émotions ni à savoir choisir ou offrir des cadeaux…Mais aujourd'hui, à travers ce travail qui représente l'aboutissement de tant d'années d'efforts, je tiens à poser par écrit ce que je ne dis pas toujours à voix haute. Un simple « merci » ne suffira jamais, mais sachez que je vous aime profondément et de tout mon cœur.

Maman, merci pour ton amour infini et ta bienveillance sans limite, pour les matins où tu m'aidais à m'habiller avant d'aller à l'école, pour les nuits où tu veillais sur moi lorsque j'étais malade. Merci pour ta présence rassurante, tes câlins qui apaisent tout et tes plats délicieux qui ont nourri bien plus que mon corps : ils m'ont donné la force et le courage d'avancer.

Papa, merci pour ta force, ton soutien et tes mots toujours justes et encourageants. Merci pour tout ce que tu m'as appris et transmis, pour tes multiples talents et qualités que tu as partagés avec moi, et surtout, merci d'avoir cru en moi depuis le début. C'est grâce à toi que j'ai appris à persévérer et à croire en mes capacités, et que je suis devenu l'homme que je suis aujourd'hui.

À mon frère Reda,

Tu es bien plus qu'un frère pour moi, tu es mon modèle, mon guide. Depuis le premier jour de cette aventure, tu as été là, toujours présent, toujours bienveillant. Tu m'as accompagné à chaque étape, soutenu dans les moments difficiles, encouragé quand le doute s'installait, aidé sans jamais compter… et tu continues encore aujourd'hui. Je n'ai pas de mots assez forts pour te remercier de tes conseils précieux, pour ta patience et tes sacrifices. Je suis tellement chanceux de t'avoir à mes côtés. Je te souhaite une vie pleine de bonheur et de belles réussites, à toi et à ta merveilleuse famille : **Walaa** et mes adorables neveux **Walid** et **Bassel**.

À ma sœur Nour,

Avant tout, merci de m'avoir supporté en tant que petit frère, malgré mes bêtises d'enfance et les mauvais traitements que j'ai pu infliger à tes pauvres chats. Tu es bien plus qu'une sœur, tu es ma confidente, celle à qui je peux tout dire sans crainte, la gardienne de mes secrets. Ton amour et ton soutien comptent énormément pour moi, tout comme tes attentions précieuses à chaque occasion. Merci pour tout ce que tu m'as fait découvrir, pour tous ces moments partagés avec le meilleur des beaux-frères, **Mustapha**, et surtout pour la petite princesse que vous avez ajoutée à notre famille : **Sham**. Être là le jour de sa naissance a réveillé en moi un profond désir de devenir papa un jour. Je vous souhaite tout le bonheur du monde, et sache que je serai toujours là pour toi. Tu as une place immense dans mon cœur, et je t'aime plus que les mots ne peuvent l'exprimer.

À Françoise,

Depuis que tu m'as accueilli en Alsace en 2019, tu es bien plus qu'une connaissance : tu es devenue ma « maman bis ». Toujours présente, tu veilles sur moi avec une générosité infinie. Tes conseils précieux, y compris ceux hérités de ta grand-mère, sont pour moi un véritable guide, et je m'efforce de les appliquer au mieux. Je te suis profondément reconnaissant pour tout ce que tu fais, pour moi et pour ma famille. Merci pour ton soutien inépuisable, pour ton amour sincère, pour tes délicieux plats qui réchauffent le cœur, et pour chacun de tes messages pleins de tendresse. Tu es une personne rare et exceptionnelle, et les mots ne suffiront jamais à exprimer toute ma gratitude envers toi. Sache que tu pourras toujours compter sur ton « fils adoptif ».

À mes amis d'Externat : **Karim**, **Thibaut**, **Julien**, **Lucie**, **Margaux**, **Chloé** et **Charlotte.** Merci d'avoir été présents toutes ces années, pour chaque moment partagé, chaque soirée et tous les souvenirs inoubliables que nous avons créés ensemble. Votre soutien a été précieux, et sans vous, ces années auraient été bien plus difficiles. Vivement notre prochain rendez-vous pour un week-end « Nimp » entre carabins !

À Meven, le premier ami rencontré en France. Merci pour toutes les corrections que tu as patiemment apportées à mes fautes en français. Un immense merci aussi à tes parents, dont la bienveillance et l'hospitalité m'ont permis de vivre ma première expérience de la vie familiale française.

À Ahmad, la personne la plus dévouée et aidante que j'ai jamais rencontrée. Merci de m'avoir ouvert ta porte dès mon premier jour à Limoges et pour toutes les magnifiques soirées libanaises que nous avons passées ensemble.

À Mhamad, Fouad, Hadi, Mounzer … et tous ceux qui ont contribué à rendre ces années inoubliables dans le Limousin.

Aux belles rencontres de mon internat : **Imane**, **Isabelle**, **Eric**, **Pierre-Alexandre**, **Redha**, **Théo**, **Meryl**, **Sarah**, **Paul**, **Camille**, **Fred**, **Ophélie**, et **Pierre**. Merci pour tous ces bons moments et, surtout, pour ces délicieux repas partagés ensemble. Vous avez ajouté une touche unique à mon aventure en Alsace ! Je vous souhaite à tous de beaux projets, une carrière épanouissante et un avenir rempli de succès.

À mon ami d'enfance, **Reda**, connu sous le nom de "Bou Ali". La vie nous a éloignés après le lycée, mais le destin a voulu que, neuf ans plus tard, tu t'installes de l'autre côté du Rhin. Merci pour ton soutien et ton amitié précieuse. Je te souhaite un avenir brillant !

À Johny, **Eva**, **Majed**, **Fatima**, **Fadel**, **Layla**, **Mahmoud** et **Amal**. Même si, pour certains, notre rencontre a été tardive, votre soutien et vos encouragements ont contribué à ma réussite et à mon bonheur. Je suis reconnaissant de vous avoir dans ma vie.

Et je garde le meilleur pour la fin, **À mon amour Rim**, à la personne qui illumine ma vie. Depuis que je t'ai rencontrée, tu es devenue le pilier de chaque étape. Sans toi, je n'aurais ni commencé, ni terminé ce travail. Tu es mon inspiration et mon soutien constant. Grâce à toi, j'ai retrouvé ce feu d'amour, ce désir profond de toujours aller de l'avant.

Merci pour toutes ces nuits où tu restais éveillée, m'accompagnant en silence, lorsque la distance nous séparait. Merci pour ton amour inconditionnel et réconfortant, pour ta patience infinie et ta bienveillance, qui m'ont permis de surmonter tous les obstacles. Tu as été ma lumière quand les moments étaient sombres, ma force quand j'étais épuisé. Ma réussite, c'est aussi la tienne, et chaque victoire, même petite, nous appartient à tous les deux.

Merci d'avoir porté en toi le plus beau des cadeaux, celui qui nous unit et nous comble de bonheur. Aujourd'hui, je suis là pour toi, pour te soutenir de tout mon cœur, et te rendre tout ce que tu m'as offert.

Ce que tu m'as apporté est si précieux qu'aucun remerciement ne saurait être à la hauteur. Je suis tellement chanceux de partager ma vie avec toi, et je suis impatient de vivre à tes côtés toutes les belles années à venir. Je t'aime plus que tout.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 21
A. SITUATION ACTUELLE DE L'OFFRE DE SOINS 21
B. GENERALITES SUR LES CPTS 23
C. LES CPTS AU NIVEAU NATIONAL ET LOCAL 25
D. SUJET PRINCIPAL DE L'ETUDE 28

II. METHODOLOGIE : 29
A. TYPE D'ETUDE 29
B. ECHANTILLONNAGE 30
C. CONSENTEMENT 31
D. GRILLE D'ENTRETIEN 31
E. RECUEIL ET RETRANSCRIPTION DES DONNES 32
F. ANALYSE DES ENTRETIENS 33
G. LIMITES METHODOLOGIQUES 34
H. ETHIQUE 36

III. RESULTATS : 37
A. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF 37
B. ETUDE QUALITATIVE PRINCIPALE 38
1. DONNES GENERALES SUR LES ENTRETIENS 38
2. POPULATION ETUDIEE 39
a) Catégories d'âge 39
b) Sexe 40
c) Milieu d'exercice (rural, urbaine, semi rural) 41
d) Mode d'exercice 41
3. RESULTATS PAR THEMES 42
a) Temps dédié 42
b) Nouveau et inconnu 48
c) Pertinence et intérêt : divergences d'opinion 56
d) Contexte politique conflictuel et sous tension 67

e) Lien ville-hôpital 77
f) Pistes et champs d'amélioration 81

IV. DISCUSSION 85
A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 85
1. POINTS FORTS DE L'ETUDE 85
2. LIMITES DE L'ETUDE 87
B. DISCUSSION DES RESULTATS 88

V. CONCLUSION 99

VI. ANNEXES 101

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 109

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET ANNEXES :

Figures :

Figure 1 : Financement maximum pour une CPTS de plus de 175 000 habitants..... 25

Figure 2 : Couverture du territoire français par les CPTS..... 26

Figure 3 : Cartographie des CPTS dans le Grand-Est..... 28

Figure 4 : Taux de réussite (par QCM) des internes questionnés..... 37

Figure 5 : Catégories d'âge des participants..... 40

Figure 6 : Répartition des participants par sexe..... 40

Figure 7 : Répartition des participants par milieu d'exercice..... 41

Figure 8 : Répartition des participants selon leur mode d'exercice..... 42

Figure 9 : Cartographie mentale du thème : Temps dédié..... 43

Figure 10 : Cartographie mentale du thème : Nouveau et inconnu..... 48

Figure 11 : Cartographie mentale du thème : Pertinence et intérêt..... 56

Figure 12 : Cartographie mentale du thème : Contexte politique conflictuel..... 68

Figure 13 : Cartographie mentale du thème : Lien Ville-Hôpital..... 77

Figure 14 : Cartographie mentale du thème : Pistes et champs d'amélioration..... 81

Tableaux :

Tableau 1 : Montant de l'aide annuelle pour le déploiement des CPTS..... 24

Tableau 2 : Tableau indiquant la durée de chaque entretien réalisé..... 39

Annexes :

Annexe 1. Guide d'entretien..... 101

Annexe 2. Questionnaire quantitative..... 102

Annexe 3. Exemple de Verbatim..... 104

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel.

ALD : Affection de Longue Durée.

ARS : Agence Régionale de Santé.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

COSEN : Communauté de Santé Eurométropole Nord.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.

DMP : Dossier Médical Partagé.

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

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

FCPTS : Fédération des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

FMC : Formation Médicale Continue.

IPA : Infirmiers/Infirmières en Pratique Avancée.

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

QCM : Questionnaire à Choix Multiples.

SAIA : Syndicat Autonome des Internes d'Alsace.

SAS : Service d'Accès aux Soins.

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires.

SNP : Soins Non Programmés.

UFMLS : Union Française pour une Médecine Libre Syndicat.

I. INTRODUCTION

A. SITUATION ACTUELLE DE L'OFFRE DE SOINS

L'accès aux soins en France devient de plus en plus compliqué. D'une part, le vieillissement de la population entraîne une demande croissante de soins de santé primaires, mettant ainsi une pression supplémentaire sur les praticiens déjà en exercice. D'autre part, la répartition inégale des médecins sur le territoire, avec une concentration dans les grandes villes et une pénurie dans les zones rurales et périphériques, crée des déserts médicaux où l'accès aux soins de base devient difficile, voire impossible pour certains patients. Le nombre des patients souffrant d'une affection longue durée (ALD), est passé de 510 000 fin 2018 à plus de 700 000 fin 2022 (1).

Selon une enquête publiée en mai 2023, et réalisée par La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), on note que les médecins généralistes ajustent leurs pratiques pour s'adapter à la tension entre l'offre et la demande de soins : « Parmi les différentes pratiques adoptées, il en est une qui progresse fortement entre 2019 et 2022 : le refus de prendre en charge de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Alors qu'ils étaient 53 % à être amenés à le faire en 2019, ils sont désormais 65 % en 2022. La part de médecins amenés à suivre moins régulièrement certains de leurs patients est, quant à elle, passée de 40 % en 2019 à 44 % en 2022 » (2).

Face aux enjeux de santé publique actuels, le système de santé français s'est engagé dans une profonde transformation, marquée par une volonté croissante de favoriser une organisation plus coordonnée des soins et un exercice plus collaboratif.

Cette dynamique a donné naissance à plusieurs structures, en commençant par les réseaux de santé, définis en 2002 par l'article L6321-1 du Code de la santé publique comme des dispositifs favorisant la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires (3).

Puis, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), introduites officiellement en France par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007, qui regroupent plusieurs professionnels de santé de disciplines variées (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) exerçant de manière coordonnée autour d'un projet de santé commun (4).

Dix ans plus tard, la même loi relative au financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 définit les centres de santé comme des structures sanitaires regroupant des professionnels de santé exerçant principalement sous statut salarié, ayant pour mission de fournir des soins de premier recours accessibles à tous, sans dépassement d'honoraires, et dans une logique de service public (5).

Il est à remarquer que c'est la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a véritablement marqué une évolution majeure, en introduisant la notion d'équipes de soins primaires et en posant les bases de l'organisation des CPTS dans le cadre de la lutte contre trois problématiques majeures de santé publique : l'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population, l'extension des maladies chroniques et des polypathologies, ainsi que l'aggravation des inégalités territoriales d'accès aux soins (6).

Enfin, le plan "Ma santé 2022", inscrit dans la Loi de transformation du système de santé de 2019, a renforcé cet engagement avec pour objectif la couverture territoriale par 1 000 CPTS en 2022 (7).

B. GENERALITES SUR LES CPTS

Une CPTS se définie comme une organisation, conçue autour d'un projet de santé sur un territoire donné. Les acteurs de santé se regroupent de leur propre initiative pour collaborer et optimiser les parcours de soins. Cela leur permet de mettre en place des actions de prévention, de dépistage, et d'améliorer la qualité et la pertinence des soins en facilitant l'échange de bonnes pratiques médicales grâce à des relations mieux structurées et coordonnées.

Ce collectif, dont les médecins généralistes sont les piliers, est créé à l'initiative des professionnels eux-mêmes, qui définissent son périmètre géographique. Ils collaborent de manière structurée avec les autres acteurs sanitaires, sociaux, associatifs et administratifs, tout en visant à renforcer la coopération avec les hôpitaux (8).

Afin de soutenir leur fonctionnement, un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé en 2019 avec l'Assurance Maladie, et mise à jour après la crise sanitaire COVID-19, a permis de définir 4 missions socles :

1. **Faciliter l'accès aux soins des patients** (en facilitant l'accès à un médecin traitant, et améliorant la prise en charge des soins non programmés en ville).
2. **L'organisation des parcours des patients** (en améliorant la coordination entre les professionnels, la mise en place d'annuaires des acteurs de santé, réunions pluriprofessionnelles régulières, outils de partage autour des patients, etc.)

3. **Des actions de prévention** (risques iatrogènes, perte d'autonomie, obésité, désinsertion professionnelle, violences intrafamiliales etc.)

4. **Répondre à une situation sanitaire exceptionnelle** (préparation d'un plan de réponse et de mise en œuvre en cas de survenue effective d'une crise grave qualifiée par les autorités sanitaires comme la crise de COVID-19) (8).

En fonction de la taille du territoire qu'elles couvrent, les CPTS bénéficient d'un financement adapté pour accompagner leur développement et renforcer leur impact sur la santé publique *(Tableau 1).*

Un contrat est établi à l'échelle locale entre : l'Agence Régionale de Santé (ARS), les professionnels de santé impliqués dans la démarche, et l'Assurance Maladie.

Ce contrat, bien qu'aligné sur les principes fondamentaux définis par l'accord national avec l'assurance maladie, s'effectue de manière individualisée pour chaque communauté. Cette approche permet de prendre en compte les spécificités du territoire concerné, telles que les besoins de santé de la population locale, les dynamiques professionnelles existantes ou les contraintes propres au territoire.

Ainsi, le contrat précise localement les missions à réaliser, les moyens alloués, les indicateurs d'évaluation ainsi que les modalités de suivi des résultats.

	< à 40 000 habitants	Entre 40 et 80 000 habitants	Entre 80 et 175 000 habitants	> à 175 000 habitants
Financement annuel total possible	287 500 €	382 500 €	487 500 €	580 000 €

Tableau 1 : Montant de l'aide annuelle pour le déploiement des CPTS

L'accord prévoit une rémunération structurée en deux volets :

- Le premier vise à soutenir le fonctionnement de la communauté professionnelle.
- Le second concerne la réalisation des missions (en couvrant les moyens mobilisés, le temps investi par les professionnels, l'acquisition d'outils numériques, ainsi qu'un financement basé sur l'atteinte des objectifs fixés).

Sur le site de l'assurance maladie on trouve un exemple de financement (8) :

Financement structure	90 000 €
Accès aux soins (mission socle)	155 000 €
Coordination / parcours (mission socle)	100 000 €
Prévention (mission socle)	40 000 €
Crise sanitaire grave (mission socle)	125 000 €
Qualité et pertinence (mission optionnelle)	40 000 €
Accompagnement des professionnels de santé (mission optionnelle)	30 000 €
Total	580 000 €

Figure 1 : Financement maximum pour une CPTS de plus de 175 000 habitants

C. LES CPTS AU NIVEAU NATIONAL ET LOCAL

Au niveau national, et selon la dernière mise à jour de la FCPTS, datant du 14/06/2024, on compte 835 CPTS sur le territoire national, à un stade d'avancement différent (9) :

- 91 sont en phase de pré-projet.
- 138 CPTS construisent leur projet de santé – Lettre d'intention validée.
- 39 CPTS sont en négociation de l'ACI – Projet de santé validé.
- 567 CPTS en fonctionnement avec un contrat ACI-CPTS signé.

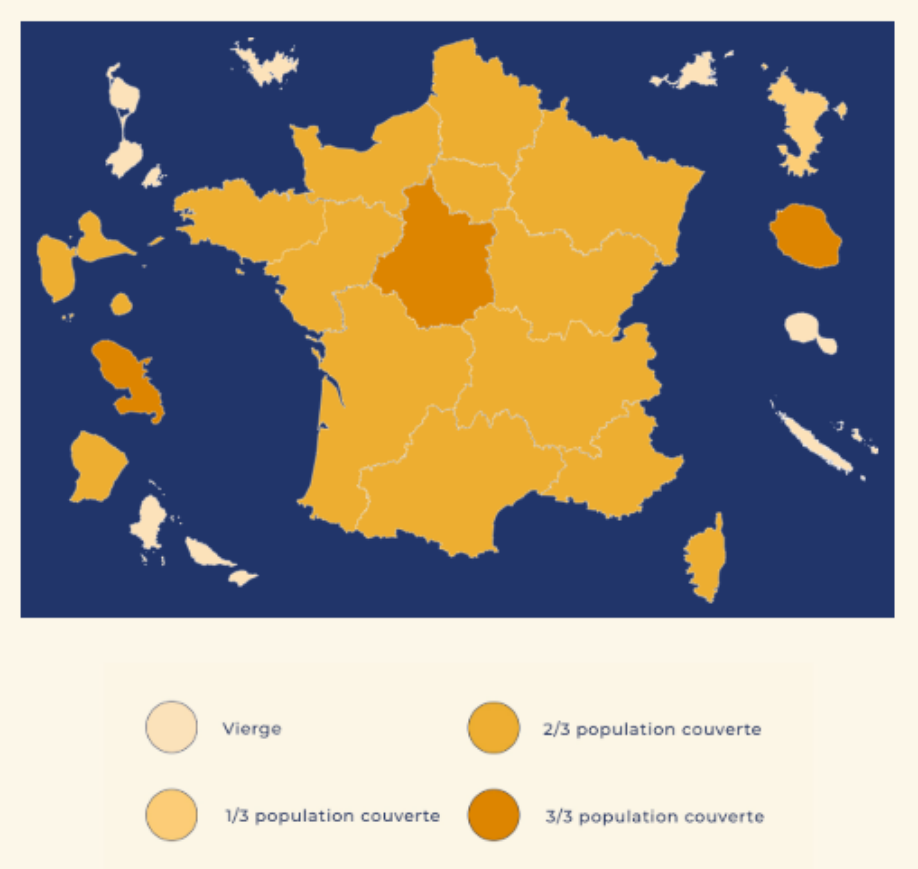

Figure 2 : Couverture du territoire français par les CPTS

Au niveau local (en Alsace), on compte 10 CPTS en fonctionnement en Janvier 2024.

4 d'entre elles sont dans le Haut-Rhin et 6 dans le Bas-Rhin (10) (11) (12).

Haut-Rhin :

1) CPTS Colmar agglomération qui couvre 24 Communes, avec 115 656 habitants, et 870 professionnels de santé.

2) CPTS Mulhouse agglomération qui couvre 39 Communes, avec 274 000 habitants, et 240 professionnels de santé.

3) CPTS Rhin-Brisach qui couvre 32 Communes, avec 37 071 habitants, et 144 professionnels de santé.

4) CPTS Thur et Doller.

Bas-Rhin :

1) CPTS Eurométropole Sud et Ouest qui couvre 19 Communes, avec 110 000 habitants, et 750 professionnels de santé.

2) CPTS COSEN (Communauté de santé Eurométropole nord) qui couvre 3 quartiers de Strasbourg + 3 villes, avec 84 000 habitants, et 545 professionnels de santé.

3) CPTS Mossig et du Vignoble qui couvre 25 Communes, avec 25 599 habitants, et 170 professionnels de santé.

4) CPTS Centre Alsace qui couvre 72 Communes, avec > 100 000 habitants.

5) CPTS Pays d'Erstein qui couvre 28 Communes, avec 48 000 habitants, et > 240 professionnels de santé.

6) CPTS Pays des sources qui couvre 37 Communes, avec 42 551 habitants, et 150 professionnels de santé.

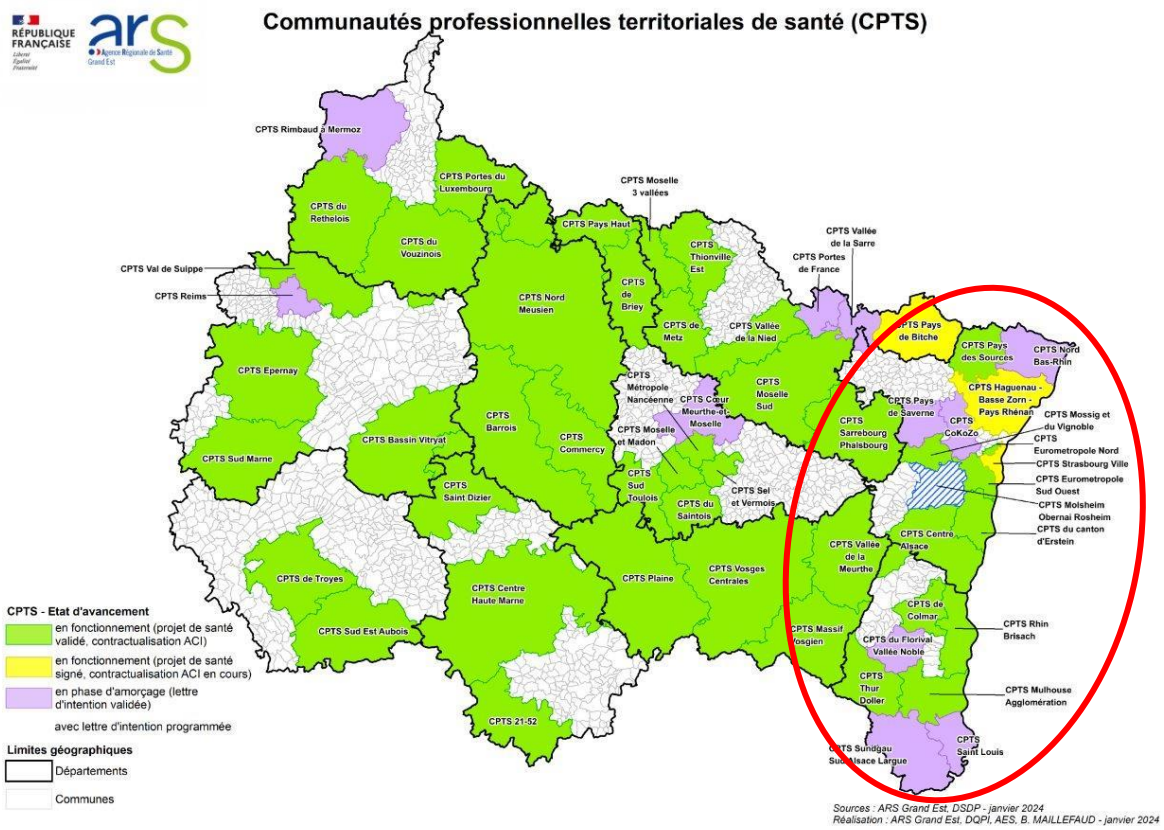

Figure 3 : Cartographie des CPTS dans le Grand-Est

D. SUJET PRINCIPAL DE L'ETUDE

La CPTS n'est pas un fournisseur de soins, mais un outil pour améliorer la coordination entre les professionnels de santé et les structures locales. Toutefois son mode de fonctionnement et ses missions principales cités plus haut, sont-elles connues des médecins généralistes, et dans ce cas, comment sont-elles appréhendées ?

Notre étude vise à explorer cette question en interrogeant des internes en médecine générale et des médecins généralistes, afin d'analyser leur connaissance, leurs attentes et leurs perceptions à l'égard de la CPTS.

II. METHODOLOGIE :

A. TYPE D'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'analyser à la fois l'expérience et le vécu des médecins généralistes membres d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) d'une part, et la perception des médecins et des internes qui ne participent pas à de telles structures d'autre part.

Compte tenu de cet objectif, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Une approche quantitative ne pouvait pas répondre de manière crédible à notre objectif. Ainsi, nous avons privilégié une approche interprétative, afin de ne pas nous limiter à des mesures ou quantifications.

Pour cette raison, nous avons choisi de mener des entretiens individuels et présentiels. Ce choix, contrairement aux focus-groupes, visait à offrir une plus grande liberté d'expression aux participants, en leur assurant un temps de parole adéquat et en les mettant à l'aise, évitant ainsi toute inhibition liée à l'expression en groupe. Cette approche a l'avantage de créer un environnement familier, favorisant probablement la liberté de parole.

Les entretiens ont été structurés de manière semi-dirigée pour mieux s'adapter à notre sujet. Cette approche nous a permis de guider la discussion lorsque c'était nécessaire, en utilisant des sous questions de relance tout en préservant la liberté d'expression de chacun, ce qui a enrichi la diversité des témoignages.

Notons qu'une minime partie quantitative a été réalisée au préalable pour justifier et analyser la pertinence du sujet choisi. Il s'agit d'un questionnaire **(Annexe 2)** constitué de 5 questions à réponses multiples (dernière question annulée après être jugée non pertinente), distribué lors de la journée de fin de l'internat en Octobre 2022. On a pu recueillir les réponses de 92 internes en dernier semestre de médecine générale. Puis une simple analyse statistique descriptive a été réalisée par la suite.

B. ECHANTILLONNAGE

La population étudiée est celle des médecins généralistes (installés ou remplaçants), ainsi que des internes en médecine générale affiliés à la faculté de médecine de Strasbourg.

Nous avons constitué notre échantillon de médecins en nous basant sur nos connaissances, et en sollicitant des volontaires.

Un premier contact par téléphone ou réseaux sociaux a été établi pour présenter notre étude, son objectif, et pour évaluer leur intérêt à y participer.

Une fois leur intérêt confirmé, un rendez-vous a été fixé, pour réaliser l'entretien en présentiel ou par appel video. Le choix du lieu et de la date est laissé libre au participant.

Chaque médecin a été caractérisé par son âge, son sexe, mode d'exercice, milieu d'exercice.

Notre sélection n'avait pas pour objectif d'assurer une représentativité statistique, mais plutôt d'explorer une grande variété de témoignages afin de couvrir un large éventail d'idées et de perspectives sur le sujet.

C. CONSENTEMENT

Dès le début de l'entretien, nous expliquons au participant l'objectif de l'étude, le déroulement de l'entretien, ainsi que l'enregistrement audio.

Nous l'informons également que toutes les réponses fournies seront traitées d'une manière confidentielle, et que l'entretien restera anonyme.

Avant de procéder à l'entretien, nous avons obtenu le consentement oral de chaque personne.

D. GRILLE D'ENTRETIEN

L'élaboration du guide d'entretien **(Annexe 1)** découle de discussions avec mon directeur de thèse.

Ce guide a été conçu en utilisant des questions ouvertes afin de promouvoir la libre expression des participants.

Les premières questions sont destinées à caractériser et décrire l'échantillon. Suivies d'une question introductive "brise-glace" pour recueillir leur définition de CPTS. Ensuite, trois questions plus spécifiques ont été posées.

E. RECUEIL ET RETRANSCRIPTION DES DONNES

Avec l'accord préalable du participant, le recueil des données s'est effectué à l'aide du dictaphone de deux téléphones portables lors des entretiens. Le deuxième téléphone était présent pour faire face à d'éventuels problèmes techniques lors de l'enregistrement.

11 entretiens sur 16 ont été réalisés en face à face, les 5 autres ont été réalisés par appel vidéo. Nous avons prévu une durée d'entretien entre 15 et 30 min en fonction de ce que le participant avait à exprimer.

Nous avons continué les entretiens jusqu'à atteindre une saturation des données. Ce qui fut lors du quatorzième entretien.

Les deux derniers entretiens étant déjà préalablement programmés, ils ont été néanmoins menés à bien, pour confirmer cette saturation des données.

Les enregistrements obtenus sur le premier téléphone portable ont été retranscrits intégralement et manuellement à l'aide du logiciel Microsoft Word, dans des fichiers distincts, mot par mot, sans reformulation. Les enregistrements ont été plusieurs fois interrompus et réécoutés pour garantir une transcription exacte des propos.

Le 2ème enregistrement a été écouté uniquement lorsque le premier n'était pas suffisamment audible.

Ces transcriptions écrites, appelées verbatims, ont servi de base à l'analyse de l'étude.

Les verbatims obtenus ont été anonymisés et chaque participant a été désigné par la lettre (E) avec un chiffre associé allant de 1 à 16.

Conformément à mon engagement envers les participants, les enregistrements audios ont été détruits après leur transcription.

F. ANALYSE DES ENTRETIENS

En raison de la diversité des informations contenues dans les entretiens, il a été essentiel de développer une méthode d'analyse pour structurer et classer ces données.

Après la transcription, chaque entretien a été minutieusement examiné à plusieurs reprises afin d'assimiler complètement les verbatims.

Ensuite, un codage ouvert a été effectué sans recourir à un logiciel informatique, en utilisant un système de codes couleurs pour chaque idée identifiée.
En ce qui concerne les idées récurrentes, elles ont été regroupées sous le même code.
Par la suite, ces codes ont été organisés pour constituer une série de catégories qui mettent en lumière les principaux thèmes en rapport avec le sujet de recherche.

En pratique, l'approche consiste à repérer les verbatims pertinents (ce qui constitue le codage ouvert) puis à les organiser en thèmes et sous-thèmes.

L’analyse des entretiens a été menée par moi-même.

Le codage a été effectué de manière autonome et distincte pour chaque participant.

Le verbatim le plus pertinent a été sélectionné pour illustrer ces catégories, à moins que plusieurs verbatims ne fournissent une image plus complète et plus claire.

Voici les thèmes que nous avons identifiés comme significatifs et représentatifs des idées préconçues concernant les CPTS :

- Temps dédié.
- Nouveau et inconnu.
- Pertinence et intérêts : Divergences d'opinion.
- Contexte politique conflictuel et sous tension.
- Lien Ville-Hôpital.
- Pistes et champs d'amélioration.

Pour chaque analyse thématique, une cartographie a été créée à l'aide du logiciel Xmind ®.

G. LIMITES METHODOLOGIQUES

Il semble essentiel de mentionner dans ce paragraphe les limites inhérentes à la méthodologie adoptée. À ce titre, deux principales limites peuvent être identifiées :

1) <u>Biais d'investigation</u> :

L'inexpérience de l'investigateur en analyse qualitative représente une limite de cette étude. Ce manque de compétence a pu affecter la formulation des questions, ainsi que l'analyse et l'interprétation des données. De plus, le fait que l'investigateur et les

participants appartiennent au même domaine professionnel pourrait avoir introduit un biais de désirabilité sociale, les participants étant susceptibles de vouloir projeter une image positive d'eux-mêmes (13). Par ailleurs, certaines interventions de l'investigateur ont pu être perçues comme des jugements, influençant ainsi les réponses des participants.

2) <u>Biais de sélection</u> :

Notre échantillon, composé à 69% d'hommes et 31% de femmes, s'écarte de la répartition nationale des médecins : 54% d'hommes et 46% de femmes en 2018 (2). Bien que plus proche de la démographie régionale alsacienne : 57 % d'homme contre 43% de femmes en 2015 (14), ce déséquilibre constitue un biais qui limite la généralisation de nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes français.

De plus, en se concentrant sur une seule région, cette étude ne permet pas de capturer la diversité des expériences à l'échelle nationale.

Cependant, l'objectif principal d'une étude qualitative étant d'explorer les expériences d'un groupe spécifique, plutôt que de chercher à établir des statistiques représentatives, ce biais ne remet pas fondamentalement en question la pertinence de nos résultats.

D'ailleurs, nous savons aussi que chaque CPTS opère sur un territoire donné, et que chaque territoire a ses propres spécificités et ses propres besoins. C'est pourquoi nous espérons que ce travail de recherche, bien qu'étant modeste, pourra servir de base à de futures réflexions et initiatives.

H. ETHIQUE

À chaque entretien un consentement oral a été demandé à la personne interrogée. On n'a pas eu recours à des dossiers médicaux ni à aucune autre information personnelle.

Ainsi il n'a pas été nécessaire de passer en comité d'éthique ni en comité de protection des personnes puisque notre travail est en dehors de la loi Jardé.

Nous nous sommes assuré également qu'aucune déclaration à la CNIL n'était requise étant donné que le traitement des données a été effectué d'une manière personnelle.

III. RESULTATS :

A. QUESTIONNAIRE QUANTITATIF

Comme indiqué plus haut, une partie quantitative initiale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire **(Annexe 2)** constitué de 5 QCM (dernière question annulée après être jugée non pertinente) distribué auprès de 92 internes en dernier semestre de médecine générale, dans le but d'évaluer l'utilité de mon travail et d'étudier les connaissances des internes sur les CPTS.

Avec une analyse descriptive simple, on constate que le pourcentage des internes qui ont répondu juste, est respectivement : **52%** (soit 48 internes) pour la première question, **4%** (soit 4 internes) pour la deuxième question, **20%** (soit 18 internes) pour la troisième question, et **14 %** (soit 13 internes) pour les deux dernières questions (Figure 4).

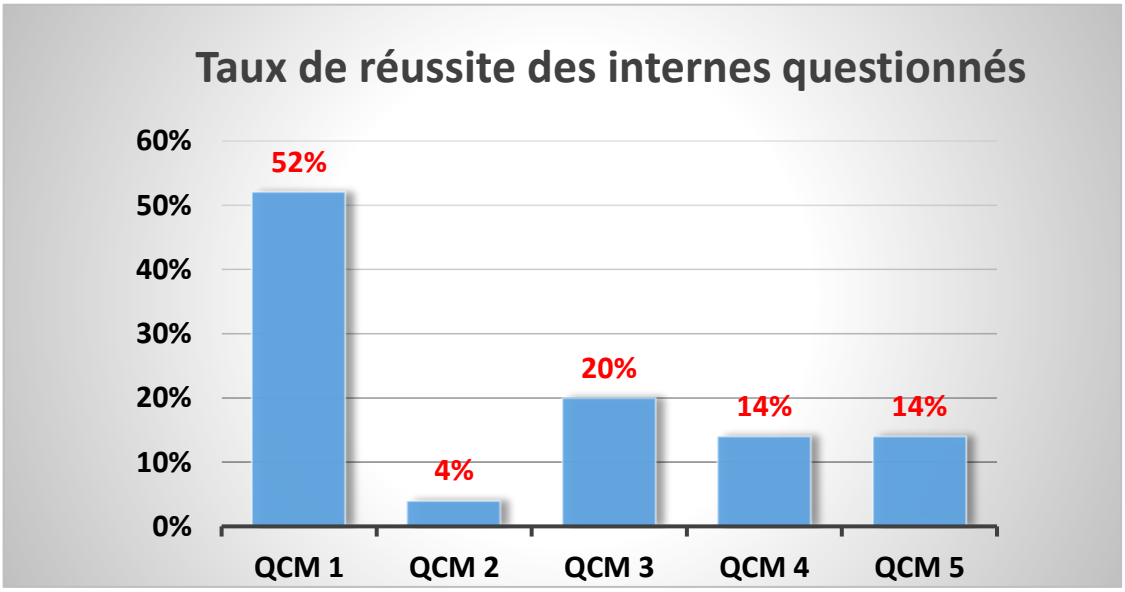

Figure 4 : Taux de réussite (par QCM) des internes questionnés

B. ETUDE QUALITATIVE PRINCIPALE

1. DONNES GENERALES SUR LES ENTRETIENS

J’ai pris contact avec 18 personnes, dont 16 ont pu être interrogées. Deux n'ont pas pu participer en raison d'une absence totale de connaissance sur le sujet, allant jusqu’à l’ignorance de l'existence des CPTS. Cela correspond à un taux de réponse favorable de 88,8%.

Les entretiens se sont déroulés entre juin 2023 et mars 2024, pour une durée totale d’enregistrement de 302 minutes (soit 5 heures et 2 minutes). La durée moyenne des entretiens était de 19 minutes, bien que certains médecins se soient davantage exprimés que d’autres. La durée la plus courte était de 7 minutes et 14 secondes, tandis que la plus longue était 29 minutes et 37 secondes (Tableau 2).

La saturation des données, c'est-à-dire la redondance des éléments abordés et l'absence de nouveaux arguments, a été atteinte lors du quatorzième entretien, réalisé le 15 mars 2024. Deux entretiens supplémentaires ont été menés le 16 et 23 mars pour confirmer cette saturation.

8 entretiens ont eu lieu sur les lieux de travail des médecins, 2 à leurs domiciles, un à mon domicile, et 5 par appel vidéo via l'application WhatsApp®.

Chaque entretien a été anonymisé à l’aide de la lettre E suivi d’un nombre allant de 1 à 16 (Tableau 2).

Tableau 2 : Tableau indiquant la durée de chaque entretien réalisé

Participants	Durée de l'entretien
E1	22 min et 04 sec
E2	22 min et 30 sec
E3	16 min et 20 sec
E4	17 min et 42 sec
E5	11 min et 55 sec
E6	17 min et 00 sec
E7	16 min et 57 sec
E8	27 min et 17 sec
E9	13 min et 35 sec
E10	26 min et 26 sec
E11	15 min et 26 sec
E12	7 min et 14 sec
E13	22 min et 07 sec
E14	29 min et 37 sec
E15	13 min et 31 sec
E16	12 min et 14 sec

2. POPULATION ETUDIEE

a) Catégories d'âge

La catégorie de 25 à 30 ans représentait 62% des médecins interrogés, la catégorie de 31 à 59 ans et celle de > 60 ans représentaient chacune 19% des participants (Figure 5).

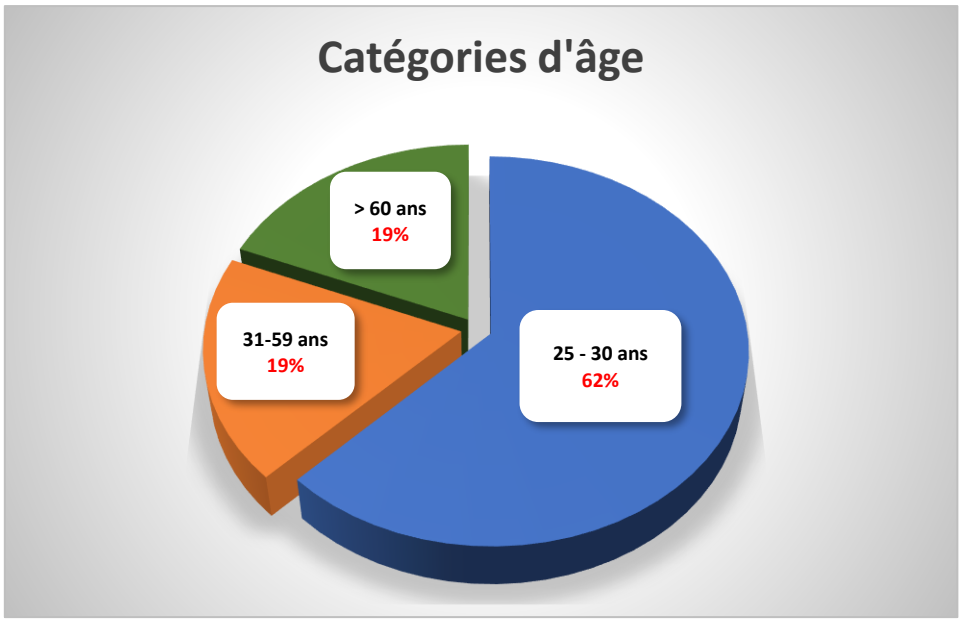

Figure 5 : Catégories d'âge des participants

b) Sexe

L'échantillon recruté se compose majoritairement d'hommes à 69%, 11 hommes et 5 femmes (Figure 6).

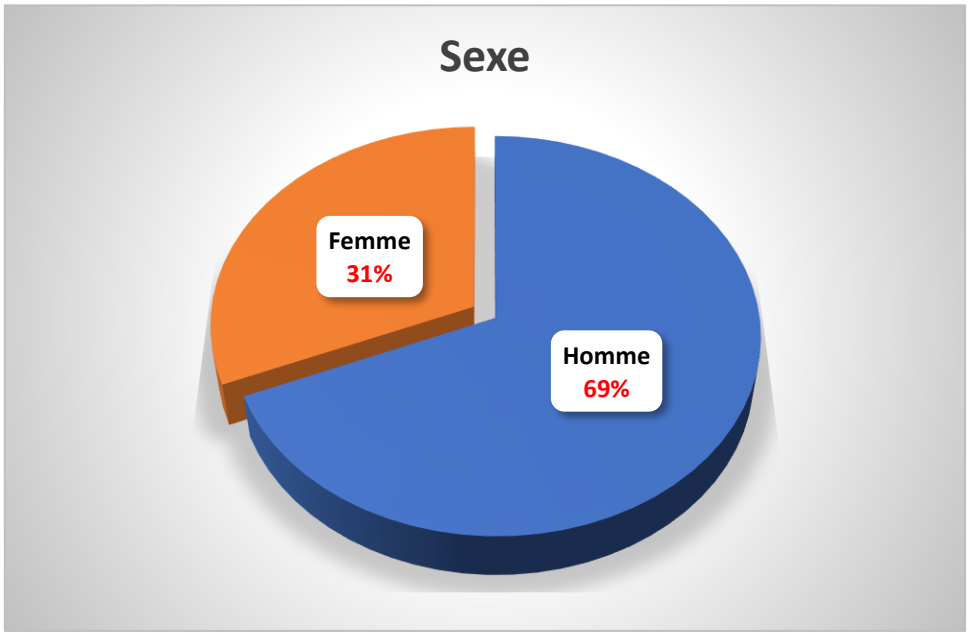

Figure 6 : Répartition des participants par sexe

c) Milieu d'exercice (rural, urbaine, semi rural)

En ce qui concerne le milieu d'exercice des médecins interrogés, la répartition dans l'échantillon était plutôt équilibrée, avec 25% qui exercent en milieu rural, 25% en milieu urbain, et 50% qui ont un exercice mixte (Figure 7).

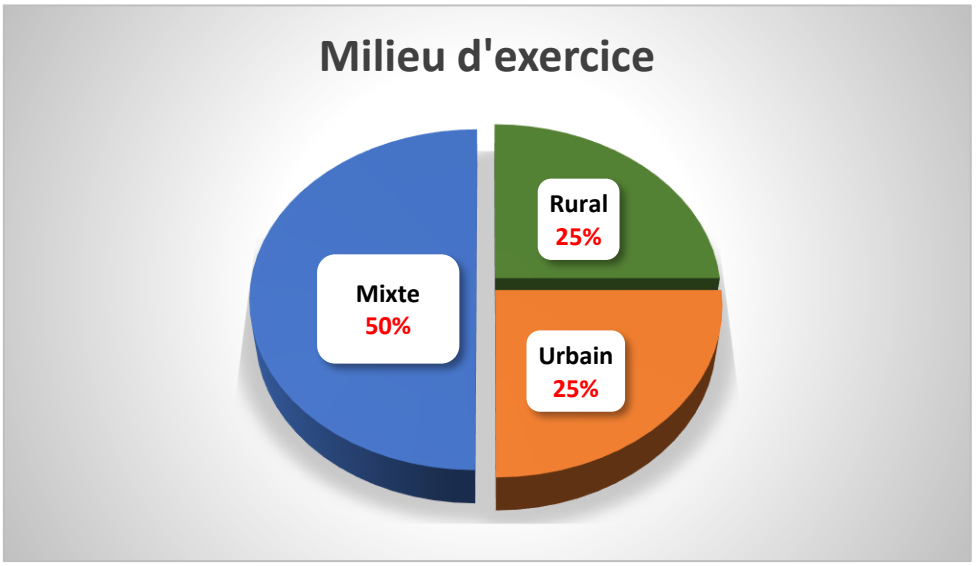

Figure 7 : Répartition des participants par milieu d'exercice

d) Mode d'exercice

L'échantillon se composait de 5 médecins exerçant en cabinet de groupe ou au sein d'équipes pluridisciplinaires (31% des participants), 5 internes en dernière année de médecine générale effectuant des stages et des remplacements variés entre l'hôpital et les différentes pratiques ambulatoires (également 31% des participants), 3 médecins installés en cabinet individuel (19% des participants), 2 médecins associés à SOS Médecins Mulhouse (13% des participants), et 1 médecin généraliste exerçant à temps plein en milieu hospitalier (6% des participants) (Figure 8).

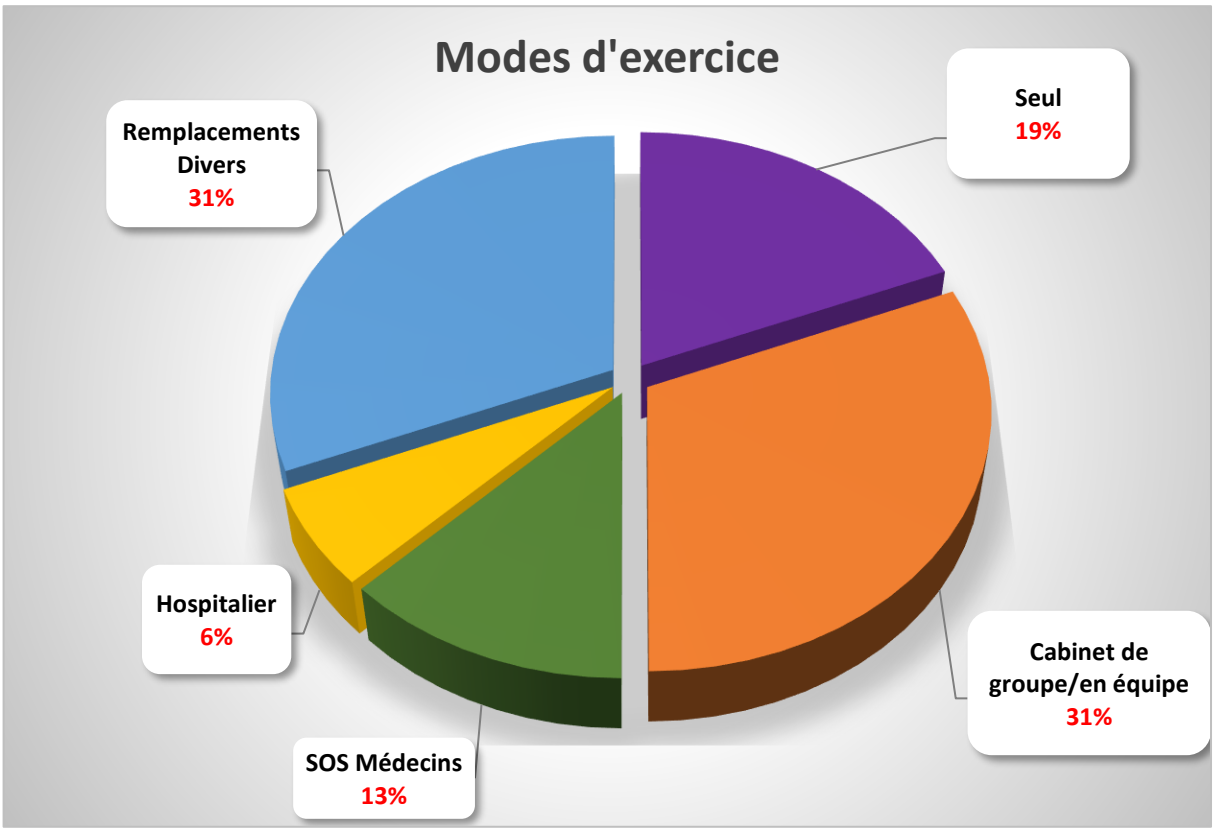

Figure 8 : Répartition des participants selon leur mode d'exercice

3. RESULTATS PAR THEMES

a) Temps dédié

L'implication des médecins au sein des CPTS suscite des avis variés, oscillants entre la valorisation de la souplesse offerte par ces structures et les réserves liées à la charge de travail qu'elles peuvent engendrer.

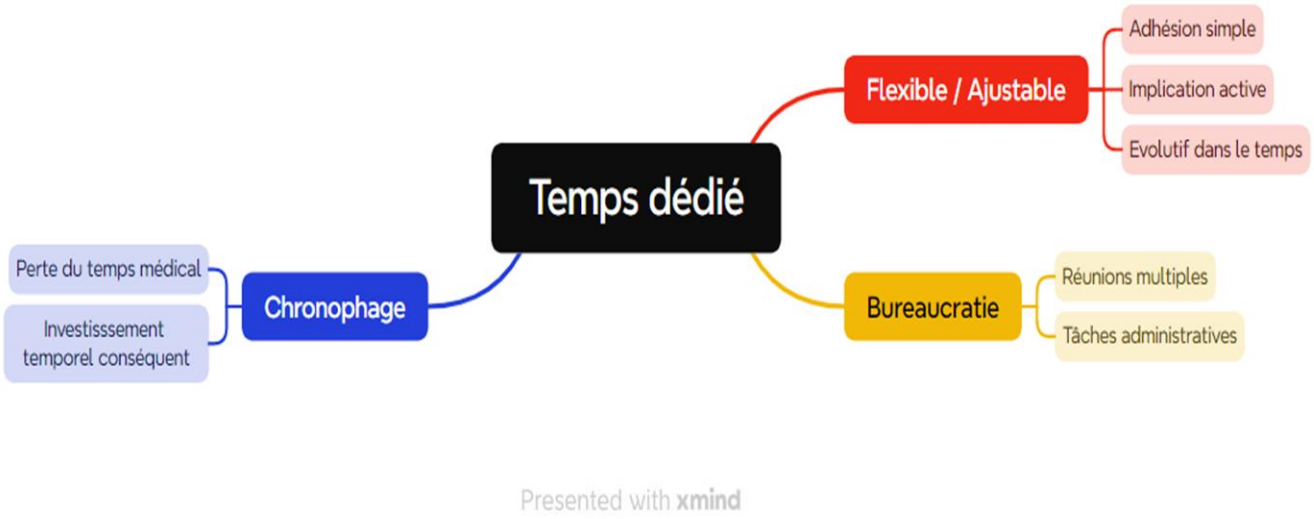

Figure 9 : Cartographie mentale du thème : Temps dédié – Logiciel Xmind

- **Engagement flexible et implication personnalisée :**

  Certains médecins interrogés voient une **souplesse dans le degré d'implication** au sein d'une CPTS :

  « J'ai l'impression qu'un médecin qui est dans une CPTS, il y investit à la hauteur de ce qu'il a envie en fait » (E1).

  Cette souplesse est valorisée car elle offre la possibilité de **s'impliquer de façon mesurée**, en consacrant du temps selon leur disponibilité, sans avoir à prendre des responsabilités importantes :

  « S'il a envie d'être juste adhérent mais de ne rien faire, il peut. Alors que s'il a des projets qu'il a envie de porter, bah du coup il peut y travailler avec une équipe » (E1).

Bien que l'adhésion et l'engagement dans les CPTS se base sur le souhait et la volonté de chaque membre, cela ne freine en rien la **motivation de certains membres** de contribuer largement à la dynamique de la structure. Cela permet de montrer la différence entre l'adhésion passive et **l'implication active** :

« C'est assez chronophage. C'est le seul truc qu'on peut dire, mais après ça c'est toujours dépendant de ce que toi tu veux en faire de ça. Il n'y a personne qui m'a mis un couteau sous la gorge pour m'obliger à être membre d'une commission, ni à être co-responsable de la commission ville-hôpital, et personne ne m'a obligé à être dans le conseil d'administration.

Donc toutes ces réunions, même si c'est bien chronophage, ça c'est quelque chose que moi j'ai choisi » (E6).

Certains participants ont évoqué **l'évolution** de leur engagement **au fil du temps**, en fonction de leurs contraintes personnelles :

« On a assisté aux premiers travaux, avant que la CPTS (Thur-Doller) naisse, puis après je n'avais plus le temps de m'y intéresser » (E11).

Une partie des personnes interrogées ne connaissent pas suffisamment les CPTS, reflétant une faible compréhension du temps requis en tant qu'adhérant, tout en soulignant **le poids de la présidence et le temps investis** :

« Pour lui, en tant que président de la CPTS, j'imagine que ça lui prend du temps d'organiser pas mal de réunion tout ça, mais je ne sais pas exactement ce que ça implique d'y adhérer » (E14).

- **Bureaucratie excessive et perte de temps médical :**

  Plusieurs médecins traduisent la participation aux CPTS par une participation à des **réunions multiples**, jugées **chronophages** et peu utiles :

  « J'avais l'impression que ça rajoutait beaucoup de bureaucratie et moi, les réunions, même des maisons de santé pluridisciplinaires, j'ai l'impression qu'on passe notre temps à parler, ça ne sert à rien. Donc déjà du côté un peu bureaucratique, ça ne me plait pas trop » (E3).

  « Ce qui pourrait faire peur c'est que ça soit des réunions sur réunions qui prennent déjà du temps qu'on n'a pas » (E5).

  Un médecin plus expérimenté décrit une **évolution des pratiques professionnelles**, caractérisée par une **multiplication des réunions** avec l'évolution de la société. Il illustre le contraste entre sa pratique professionnelle, où les réunions étaient moins fréquentes, et la situation actuelle marquée par une prolifération des réunions :

  « C'est un petit peu encore très technocratique, beaucoup de temps, beaucoup de réunions. Moi je trouve qu'on est une société qui s'est mise dans une situation, avec des réunions à pas finir dans tous les domaines, dans toutes les professions et c"est peut-être un bien, je n'en sais rien, mais ce n'est pas de mon époque quoi » (E12).

  On passe du point de vue d'un médecin expérimenté au témoignage d'une jeune interne, qui, bien qu'encore peu familiarisée avec le sujet, décrit avec

précision sa **première perception** des **CPTS à travers l'expérience de son maître de stage** :

« Ça passe aussi du coup par des réunions, qui sont, enfin du coup je ne connais pas personnellement ça, mais qui sont perçus comme étant chronophage par certains médecins. Enfin là je suis chez une médecin généraliste qui m'a dit qu'elle y allait avant et qui n'y va plus, bon elle est proche de la retraite, mais qui me disait que ça prenait du temps tout ça » (E14).

Plusieurs médecins interrogés sont **réticents** à s'impliquer dans des nouveaux projets, car ils estiment que cela pourrait alourdir leur **charge de travail administratif** déjà conséquente, réduisant ainsi le temps qu'ils peuvent consacrer à leur pratique médicale :

« En fait le truc ce c'est que déjà on n'est pas assez de médecins donc notre temps médical il est super important. On rajoute du temps administratif et on nous demande de faire du temps médical en plus avec des gardes, et pour moi dans ces structures Il y aura beaucoup de blabla » (E3).

« Moi je suis pas du tout dans le truc, je suis membre hein, voilà j'ai adhéré mais je ne suis pas vraiment partie prenante et je n'y ai pas travaillé, je manque de temps pour ça quoi. Clairement » (E12).

« Je pense qu'il y a des réticences parce que ça prend du temps tous ces réunions alors qu'on n'en a pas. On a envie d'avoir un peu plus de temps médical » (E14).

D’autres participants, se montrent **réservés** quant à leur implication dans les CPTS, sans pour autant rejeter le principe de ces communautés. Tout en expliquant la nature de la profession d’un médecin généraliste, qui accompli une **multitude de tâches** et qui a un emploi du temps saturé :

« Vu que je travaille déjà dans des structures, ça nécessite une organisation qui me prend déjà un certain temps, donc me mettre encore dans une autre organisation, et donc de participer justement à cette CPTS d'un point de vue membre organisateur, c'est un temps que je ne suis pas encore aujourd'hui prêt à mettre » (E5).

« Pour le moment je n'ai pas participé parce qu'à côté de ça on a un tas d'autres choses. Mais voilà, je crois qu’on ne peut pas tout faire » (E12).

« Je n’ai pas de frein autre que le fait que je suis âgé, fatigué et surchargé de travail et de tâches diverses et c'est tout finalement ». (E12).

Un des participants, qui a une double casquette de **coordinateur** et de médecin installé, souligne la difficulté de concilier son rôle de soignant avec ses nouvelles responsabilités de coordination, qui requièrent un **investissement temporel conséquent** et viennent s'ajouter à un emploi du temps déjà chargé :

*« Parce que je le vois maintenant sur la CPTS qu'on gère avec Dr ***, on a un boulot fou quoi. C'est-à-dire en plus de notre poste de coordinateur en EHPAD, de la grosse clientèle, de la maîtrise de stage, de tout ça, ça fait beaucoup de choses » (E13).*

b) Nouveau et inconnu

Les entretiens révèlent une diversité des modes de découverte des CPTS, tout en soulignant un manque d'informations notable à leur sujet.

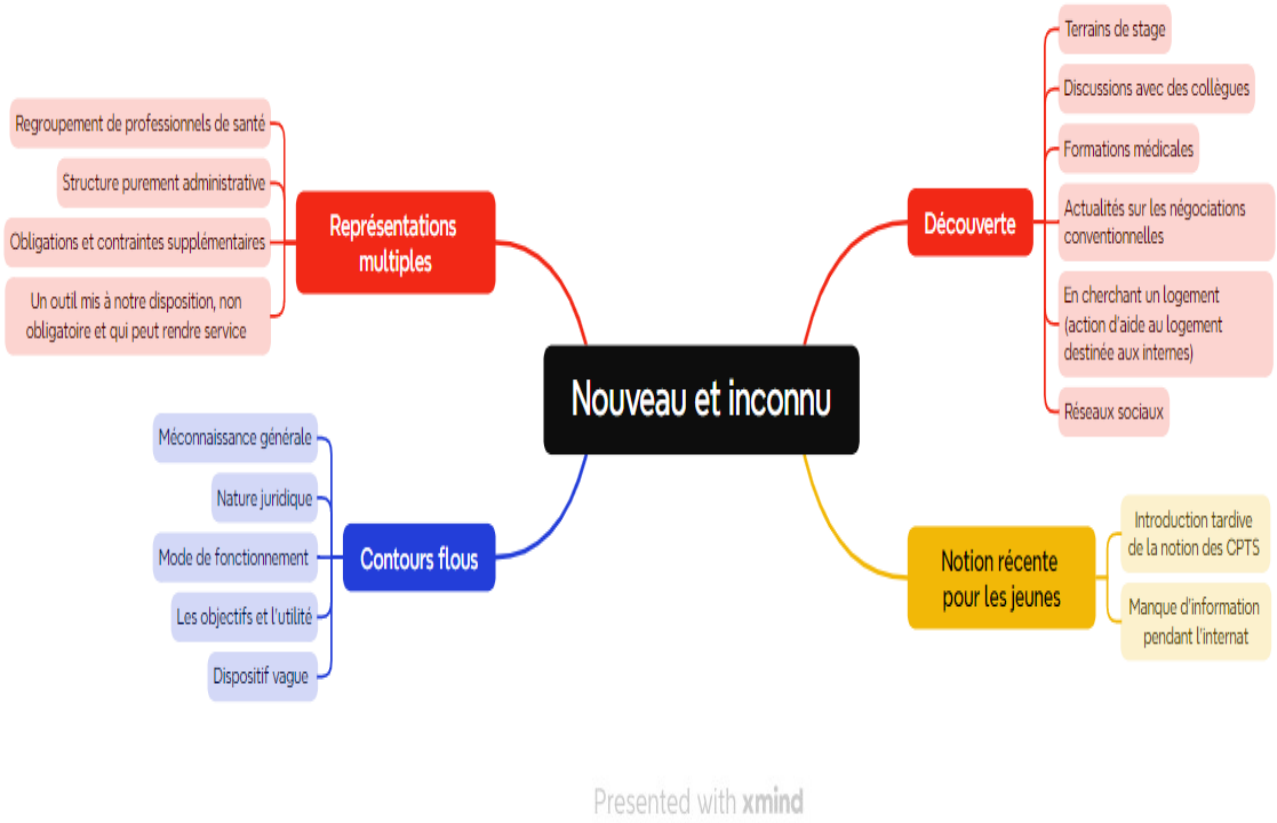

Figure 10 : Cartographie mentale du thème : Nouveau et inconnu – Logiciel Xmind

- **<u>Comment les médecins prennent connaissance de l'existence des CPTS ?</u>**

  Les témoignages recueillis révèlent une grande **diversité dans les modes de découverte des CPTS**, chaque participant a son propre récit.

Certains ont entendu le terme CPTS pour la première fois sur les **terrains de stage** :

« La première fois que j'ai entendu le terme CPTS, c'était en stage de médecine de ville, enfin médecine générale, quand j'étais en stage l'année dernière en Gynécologie. Après on a entendu parler au cours de la journée de fin d'internat. Il me semble qu'on a eu un questionnaire je crois, et après ils ont fait un petit cours sur la CPTS, à quoi ça servait ? Qui était assez complet » (E2).

« Première fois de la CPTS, Ben en fait, j'en ai entendu parler un petit peu comme ça, mais sans savoir ce que c'était quand j'ai fait mon stage de SASPAS en ambulatoire, mais vraiment vaguement, des médecins qui en parlaient, sans trop savoir ce que c'était. Et moi j'avoue, je ne m'étais pas forcément intéressée à ça » (E9).

*« Chez docteur ***, le président de la CPTS sur la région de ***». (E15).*

Pour certains, c'était lors des **discussions avec des collègues** :

« Les CPTS, je dirais que c'était lors des discussions avec des pairs. Je pense que c'est comme ça que j'en ai entendu parler la première fois. Les discussions pour râler sur les nouvelles mesures gouvernementales, je pense que c'était comme ça que j'en ai entendu parler » (E10).

Ou pendant la participation à des **formations médicales** :

« Le Terme CPTS, La première fois que j'ai entendu, il me semble, c'était au cours d'une formation FMC, une formation médicale continue » (E4).

Pour certains médecins, le suivi des **actualités sur les négociations conventionnelles**, était une occasion pour découvrir les CPTS :

« Je pense que j'en ai entendu parler le plus, pendant les négociations conventionnelles l'année dernière, où il était beaucoup question de CPTS, avec notamment l'obligation possible d'y adhérer, ou en tout cas pour obtenir la revalorisation tarifaire. Donc c'est là où j'ai commencé un peu plus à en entendre parler. Avant, honnêtement je ne connaissais pas trop » (E14).

« J'en entends parler pas mal avec les réformes qui approchent concernant les négociations des tarifs entre la secu et les médecins. Après pour le reste je t'avoue que je ne connais pas trop non plus » (E16).

« J'étais élu aux unions régionales des médecins libéraux, donc j'en ai entendu parler aussi » (E13).

Une action d'**aide au logement destinée aux internes** en stage ambulatoire sur le secteur de Mulhouse agglomération, a permis à une participante de prendre conscience de l'existence de cette CPTS :

« Je cherchais donc une collocation et en fait j'ai un ami de la fac (interne plus vieux que moi) m'a parlé de la colocation mise en place par la CPTS pour les internes en médecine » (E7).

Bien évidemment, **Les réseaux sociaux**, vecteurs d'information incontournables aujourd'hui, ont permis à un participant de découvrir les CPTS :

« Entendre parler, soit par des médecins avec qui je travaille, soit sur les groupes Facebook, comme le divan des médecins, quelque chose comme ça » (E3).

- **Les CPTS, une notion récente pour les jeunes médecins**

Une tendance commune se dégage des différents entretiens, c'est **l'introduction tardive de la notion des CPTS** dans le parcours de formation des médecins, avec un ressentiment d'un **manque d'information** lié à ce sujet :

« C'est vrai que pendant nos études, en tout cas pendant mon externat, j'en avais pas du tout entendu parler, dans ma tête c'était quelque chose d'assez récent, mais après j'ai découvert que c'était plus vieux » (E1).

« Durant mes études je n'avais pas trop entendu parler, en tout cas je n'étais pas trop intéressé par ça, mais durant mes remplacements oui j'en avais déjà entendu parler » (E4).

« Bah tout façon les CPTS ce n'est pas si vieux que ça comme concept, pendant l'internat je n'ai pas entendu parler » (E10).

« Tu ne vas peut-être pas me croire, mais voilà, quand j'étais en 3ème année de médecine générale, avant je n'en avais jamais entendu parler de la CPTS » (E15).

- **Nouveau dispositif avec des contours flous**

Les médecins interrogées expriment une **méconnaissance générale** des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Certains d'entre eux se questionnent sur le **mode de fonctionnement** de ces structures :

« Ne voyons pas trop exactement comment il fonctionne en ce moment, avec un système de présidence, sous président, vice-président, trésorerie, etc. » (E12).

« Et donc j'avais du mal à cerner un peu le projet quoi » (E14).

« Bon après c'est quand même assez abstrait, j'imagine un peu le concept comme une association avec un président, les secrétaires, les trésoriers et qui gèrent un petit peu ça » (E9).

D'autres sont allés un peu plus loin, en s'interrogant sur la **nature juridique** des CPTS :

« Alors concrètement je serais très content de savoir si au sens juridique du terme ça correspond à quelque chose. Je crois que tu peux en faire un peu ce que tu veux. Par contre je ne me figure pas la CPTS comme une grosse maison dans lequel il y a plein de gens qui grouillent » (E10).

On note aussi la confusion chez certains médecins avec la perception de la CPTS comme un **dispositif vague** et **peu défini** :

« Au tout début, je ne savais pas trop à quoi ça pouvait servir, quel était leur utilité » (E6).

« En tout cas c'est un sujet intéressant et qui mérite d'être creusé parce que très critiqué, sans forcément que les gens sachent vraiment de quoi il s'agit, qu'est-ce que ça pourrait faire comme outil et à quoi ça pourrait aider » (E5).

« Bah, j'ai l'impression que c'est une mesure à mettre en place lorsqu'on doit réquisitionner les médecins en urgence » (E15).

Certains **s'interrogent** sur les **objectifs** et **l'utilité** d'un tel dispositif :

« J'avoue que je ne connais pas trop le rôle des CPTS, si : organisation des soins d'un point de vue global, mais les missions, les objectifs précis d'une CPTS, j'avoue que j'en ai aucune idée. Hormis ça, je n'en aurais pas entendu parler » (E7).

D'autres suggèrent **des pistes** pour **pallier ce manque de connaissance** :

« Enfin je disais, il y a des médecins qui sont un peu réfractaires entre guillemets. Je me dis que si peut-être que c'est par méconnaissance de ce que c'est et que s'il y avait une bonne communication, par exemple, on a tel dispositif pour prendre en charge tel type de patient, on a tel dispositif pour aider les professionnels de cette façon…Enfin je sais pas, mais peut être que il y a des groupes bien être comme dans le DMG pour les professionnels, je sais pas si ça existe.

Enfin montrer ce qui est positif dans les CPTS aux médecins qui sont, peut-être pas ceux qui sont absolument réfractaires, mais ceux qui connaissent pas, ça permettrait de recruter » (E1).

- **La CPTS, un prisme aux multiples facettes**

Chaque personne interrogée a **une représentation** et une **image subjective** des CPTS.

Une partie des médecins considère les CPTS comme un **regroupement de professionnels de santé** :

« En fait, Je ne m'étais pas renseigné plus que ça. De ce que j'ai compris, on part sur une association qui regroupe plusieurs professionnels de santé » (E3).

« Alors CPTS ça fait maintenant je dirais bien 2 ans qu'on en entend parler. C'est une volonté de la sécurité sociale et du gouvernement de faire en sorte que les praticiens n'exercent pas seuls dans leur coin » (E5).

« Je voyais ça surtout comme un regroupement des professionnels de santé sur un territoire quoi » (E6).

« La communauté des professionnels territoriales de santé, hein, c'est ça ? C'est ce que son nom indique, c'est une manière de se regrouper entre professionnels de santé pour apporter quelque chose » (E12).

« Je sais qu'ils font des apéros pluriprofessionnels pour que Les différents professions se rencontrent » (E1).

Ou une **structure** purement **administrative** et organisationnelle :

« Bah tiens c'est bizarre, c'est nouveau en fait. Alors en fait c'est depuis très longtemps et je voyais plus ça comme quelque chose d'administratif. Enfin,

voilà pour moi, c'était vraiment juste pour les vaccinations. J'ai découvert après qu'ils faisaient plein d'autres choses » (E1).

D'autres médecins perçoivent **les CPTS** comme une **contrainte supplémentaire**, limitant leur autonomie et augmentant leurs **obligations**, notamment en matière de gardes médicales :

« J'ai suivi vaguement, vu que je suis interne et je ne suis pas totalement à fond là-dedans, mais que dans le futur on va devoir adhérer à des CPTS et participer à des permanences de soins, plus ou moins, et qu'on sera obligé ou pas, ça je ne sais pas.

Ça comprend peut-être des activités de garde de nuit, de Weekend, donc par rapport à ça, si certains n'en font pas, est-ce qu'ils vont avoir des obligations derrière ? » (E16).

« Il y a aussi le fait que les patients dans la CPTS sont plus ou moins réorientés vers les spécialistes et les membres de la CPTS, et ça je ne suis pas forcément pour non plus, parce que j'ai pas l'habitude de travailler des fois avec certains spécialistes, ou il y en a certains, je sais que je leur adresserai pas forcément des patients pour telle et telle raison, et le fait de se retrouver dans une structure où on t'annonce que voilà, il vaut mieux plutôt les adresser vers tel et tel membre de la CPTS, Je trouvais que c'était une restriction de liberté » (E3).

« Enfin ça va être obligatoire, qui est peut-être un peu dommage parce que même pour les patients, je trouve qu'on va être obligé de les adresser à certaines personnes, parce qu'ils font partie de notre CPTS, alors qu'il faut

que les gens soient plus libres de choisir qu'ils veulent quoi, je trouve qu'on repart un peu sur une attitude paternaliste de la médecine » (E2).

Parallèlement, d'autres perçoivent les CPTS sous **un angle plus favorable** :

« Je pense que c'est un outil, un moyen, qui est mis à notre disposition, et qui n'est pas obligatoire. Qui peut rendre service à ceux qui voit les côtés positifs quoi » (E13).

c) Pertinence et intérêt : divergences d'opinion

On note des perceptions contrastées des CPTS, entre leur rôle dans l'amélioration de l'accès aux soins et la coordination, et des réserves concernant leur utilité pertinence et leur redondance avec d'autres structures existantes.

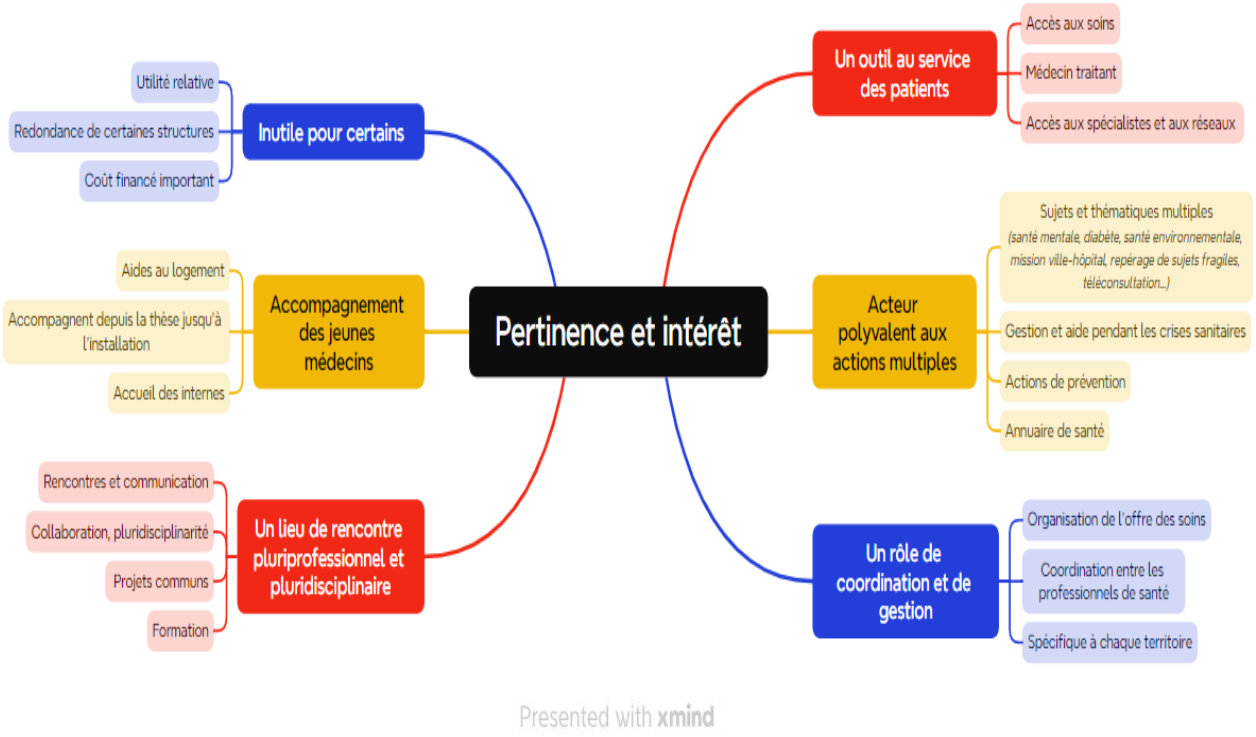

Figure 11 : Cartographie mentale du thème : Pertinence et intérêt – Logiciel Xmind

- **Un outil au service des patients**

  Les extraits d'entretiens convergent vers une perception commune de la CPTS comme un outil essentiel pour améliorer l'accès aux soins. Mais également son rôle dans l'accompagnement des patients sans médecin traitant, en leur proposant des solutions alternatives et en facilitant leur orientation vers les professionnels de santé.

  - **Accès aux soins :**

  « Je pense que le premier objectif de la CPTS c'est ça en fait, c'est pour que tout le monde ait accès aux soins » (E4).

  « Prendre en charge des patients qui ont une ALD » (E4).

  « Mais dans le futur il y aura des CPTS un peu partout, et c'est pour permettre l'accès aux soins à toute la population, et de répartir donc équitablement l'accès aux soins. C'est ce que j'ai compris globalement » (E16).

  - **Médecin traitant :**

  « La CPTS de Mulhouse avait mis en place quelque chose pour, enfin un dispositif pour aider les patients sans médecin traitant à trouver des médecins, et du coup ça c'est quelque chose dont je parlais à mes patients qui appelaient SOS médecins, qui n'ont pas de médecin traitant pour leur dire qu'il y avait des solutions » (E1).

« C'est de prendre en charge tous les patients en premier temps, et tous les patients qui n'ont pas de médecin traitant ou qui ont perdu leur médecin traitant, voilà, qui est parti à la retraite » (E4).

- **Accès aux spécialistes et aux réseaux :**

« Je crois que le rôle de CPTS est de favoriser l'accès aux soins des patients et puis en fait de coordonner leur prise en charge, d'avoir un accès un peu facilité aux différents professionnels de santé et d'avoir un réseau sur lequel on peut s'appuyer pour orienter les patients. Voilà c'est surtout ça » (E9).

« À mon sens, c'est donc en gros un patient qui se pointe et qui dit je veux un cardiologue, ou plutôt que dire à la mamie de 80 ans d'aller chercher sur 'pagesjaunes' ou je ne sais pas quoi, elle téléphone à la ligne de CPTS pour dire ce qu'elle doit voir et du coup la CPTS lui propose. Parce que ce n'est pas la Sécu qui va proposer un annuaire, il n'y a personne qui fait ça » (E10).

- **Un lieu de rencontre pluriprofessionnel et pluridisciplinaire**

Plusieurs médecins interrogés décrivent la CPTS comme un outil favorisant les rencontres et la collaboration interprofessionnelle en réalisant un rôle de coordination dans un territoire donné. Ils soulignent l'importance de ce dispositif pour créer du lien entre les différents acteurs de santé, permettant ainsi une meilleure connaissance mutuelle et une facilitation des échanges.

- **Rencontres et communication :**

« Je pense que ça peut être un gros plus parce que ça va permettre probablement une meilleure communication avec les praticiens » (E2).

« On s'est aperçu que malgré, les 20 ans de SOS et ben finalement on ne connaissait pas si bien que ça les autres partenaires de santé et là vraiment ça a été un coup de boost. Ça nous a permis de côtoyer des gens de la ville qu'on ne connaissait pas. Par exemple, quand on connaît les infirmiers du secteur, et on les voit un peu plus, bah c'est plus simple de leur poser une question.
Je ne vais pas te dire que ça a changé grand-chose à la prise en charge d'une otite, ou la prise en charge d'une colique néphrétique, mais non c'est surtout lorsqu'il y a des choses à faire par des partenaires (des fois des kinés, des fois des infirmiers). Oui, là ça a pu faciliter les choses » (E8).

« C'est rencontrer des gens, échanger, monter des projets ensemble, permettre à des jeunes de s'impliquer. Accompagner, transmettre …. Tout ça c'est des choses positives » (E13).

« C'est vraiment faire rencontrer les médecins, avec les infirmiers, avec les kinés, avec les pharmaciens, avec tous les professionnels de santé libéraux du territoire et donc vraiment un abord plutôt tout à fait favorable » (E8).

« Une petite CPTS, comme vers Thann, là je pense que c'est pas mal, quand tu arrives, ça permet de rencontrer possiblement des professionnels du secteur et de travailler préférentiellement avec eux, avec peut-être des

créneaux plus rapides chez des spécialistes du coin aussi et des autres professionnels » (E14).

- **Collaboration, pluridisciplinarité, et projets communs :**

« Il y a ce travail collaboratif, travail pluridisciplinaire » (E4).

« Voilà c'est pour favoriser la pluridisciplinarité et permettre aux gens de se rencontrer un peu aussi, d'avoir leur réseau et avoir un peu des projets de soins communs » (E14).

« De toute façon le côté pluridisciplinaire, c'est sûr que les jeunes générations auront envie de travailler un peu plus avec d'autres médecins et d'autres professions de santé ou même social, et les CPTS ça permet de structurer ça » (E14).

« Enfin globalement je sais qu'ils cherchent à faciliter la collaboration entre les professionnels de santé » (E1).

- **Rôle dans la formation :**

« À l'époque, l'industrie pharmaceutique payait des restos à tout le monde pour qu'on se retrouve et qu'on se connaisse, aujourd'hui ce n'est plus le cas. Et ben concrètement les CPTS, ça pourrait être un lieu de promotion, de formation initiale et continue, c'est l'occasion de faire du lien » (E10).

« Donc dans ce cadre-là effectivement pour organiser le suivi des FMC et tout ça, ça pourrait être un rôle qu'on donnera aussi » (E5).

- **Un rôle de coordination et de gestion**

Certains médecins soulignent le rôle des CPTS dans l'organisation des soins au niveau local, en s'impliquant activement dans la structuration de l'offre de santé sur un territoire donné, et leur rôle dans d'autres enjeux du système de santé, tels que la désertification médicale.

- **Organisation de l'offre des soins :**

« Mais en tout cas ils étaient très actifs dans notre implantation sur le territoire, donc ils sont impliqués aussi dans l'organisation des soins sur leur territoire » (E2).

« Premièrement, c'est destiné à pallier le manque des médecins qui concerne le système de santé un peu partout. Après en pratique c'est que maintenant que je m'en rends compte qu'enfin c'est compliqué » (E4).

« Cherche à agir au sein d'un territoire pour une meilleure organisation des soins. Enfin, voilà l'organisation des soins d'un point de vue général quoi » (E7).

- **Coordination :**

« Donc en dehors du rôle qu'elle se définissent déjà pour la coordination entre les différents corps de métiers, je ne vois pas ce que ça pourrait apporter d'autre » (E5).

- **Aspect territorial :**

« Pour moi l'avantage de la CPTS c'est que les intérêts dans un territoire par rapport à un autre ils ne vont pas forcément avoir le même projet, ils vont s'adapter, enfin c'est vrai que Mulhouse c'est un énorme souci de trouver un médecin traitant, ce qui n'est peut-être pas forcément le cas à Strasbourg par exemple » (E1).

« C'est un regroupement de professionnels de santé qui cherche à agir au sein d'un territoire pour une meilleure organisation des soins » (E7).

« C'est peut-être une bonne idée, très bonne idée. C'est regrouper les professionnels de santé libéraux d'un territoire, en allant plus loin de ce qu'on pouvait faire avec les unions régionales, les médecins, etc. » (E8).

« Pour moi les CPTS vraiment si je devais leur donner une fonction, en tout cas la première, ce serait de faire du lien entre les professionnels d'un même territoire. Moi ce que j'attends d'une CPTS clairement » (E10).

- **Les CPTS au service des futurs médecins**

Les CPTS se révèlent être des acteurs clés dans l'accompagnement des internes. Au-delà de la proposition des solutions d'hébergement adaptées, comme la colocation, elles facilitent l'intégration des futurs médecins dans leur nouvel environnement professionnel et géographique. Elle permet aussi de leur offrir un soutien en s'appuyant sur les réseaux existants. Ainsi, elles contribuent non seulement à améliorer les conditions de vie et de

travail des internes, mais également à favoriser leur installation durable dans les zones où les besoins en santé sont les plus importants.

- **Aides au logement :**

« Déjà L'idée de proposer des logements aux internes, je trouve que c'est un très bon moyen de se faire connaître, et ça répond vraiment à une problématique qui était récurrente pour tous les internes de Strasbourg qui vont faire des stages à Mulhouse. Là j'ai une de tutorée qui aime cette colocation » (E1).

« Cherche à agir au sein d'un territoire pour une meilleure organisation des soins. Pour faciliter la vie des internes aussi justement grâce à la colocation » (E7).

- **Accompagnent des jeunes depuis la thèse jusqu'à l'installation :**

« Pour le CSNP de Colmar on est en relation avec la CPTS de Colmar qui nous aide beaucoup, Et ça c'est vraiment un plus. Même pour les locaux, ils ont appelé des gens et beaucoup de monde dans leur CPTS. Également pour mon questionnaire de thèse à l'époque aussi ils l'ont diffusé, donc ça c'était vraiment chouette » (E2).

- **Accueil des internes :**

« Par exemple, quand je pense à l'accueil des internes, ça ne va pas changer la façon dont nous, médecins, on les accueille en stage. Mais par contre ça va leur permettre effectivement, bah de se loger sur Mulhouse pour certains, de se sentir bien qu'on leur présente la ville, donc ça c'est

des choses tout à fait intéressantes et qui font que peut-être l'interne va apprécier sa vie mulhousienne » (E8).

- **Acteurs polyvalents aux actions multiples**

Les entretiens révèlent la diversité des actions menées par les CPTS, qu'il s'agisse de promouvoir des actions de prévention, de créer des groupes de travail thématiques et spécifiques, de répondre aux crises sanitaires ou encore de mettre à disposition des outils pratiques tels que des annuaires de professionnels.

- **Sujets et thématiques multiples :**

« Je sais que la CPTS de Mulhouse a plusieurs groupes de travail sur plein de sujets différents et du coup si tu es intéressé par exemple, je sais pas moi, le diabète, mais que t'as pas du tout envie de faire de santé environnementale, bah tu peux faire juste la partie qui t'intéresse en fait » (E1).

« Il y a énormément de projets de prévention qui sont très intéressants. Il y a la mission ville hôpital aussi qui doit être développée, il y a la santé mentale qui a déjà bien été développée, et qui continue à être développée. Il y a le repérage de sujets fragiles. Enfin, il y a différentes choses et il faut que ça continue » (E8).

« Et déjà dans la situation de notre SISA, on a intérêt à faire partie de la CPTS, car il y a certains thématiques qui sont traités également dans le

cadre de la CPTS, comme les thématiques de la téléconsultation, diabète, accès aux soins… donc autant d'y participer et profiter du travail qui est fait » (E11).

- **Gestion et aide pendant les crises sanitaires :**

« Bah la première grosse expérience positive c'était quand même la gestion de de l'épidémie COVID avec la première action forte de la CPTS » (E8).

« Alors, c'a permis de vacciner on va dire en masse la population, y compris les week-ends, et c'était toute une organisation qui était gérée par la CPTS. Ça a été très efficace » (E16).

- **Rôle dans la prévention :**

« Je pense que c'est surtout pour le rôle de prévention d'après ce que j'ai compris, le rôle de prévention et de coordination » (E15).

« Je pense qu'il y a une grande partie de prévention, je ne sais pas s'ils le font, mais dans ce que moi j'ai compris, c'est que toutes les CPTS ont des missions de prévention, de continuité de soins, donc tout ce qui est gardes de nuit, etc. » (E16).

- **Annuaire de santé :**

« L'annuaire des professionnels, enfin t'as pas de base de référencement unique qui existe pour toutes les spécialités, même pour les psychologues ou autres. Je parle des psychologues parce que la CPTS de Mulhouse le propose et c'est intelligent, car effectivement ce n'est pas le gars à Paris qui

va aller appeler chaque professionnel pour dire vous faites quoi ? Dans quel domaine ? Quels sont vos horaires et tout ça ? Ça me semble intelligent de faire ça sur un plus petit territoire et de dire par exemple, ce cardiologue-là est un peu plus rythmologie, celui-ci fait un peu plus ça, etc. » (E10).

- **Les CPTS : inutiles pour certains ?**

D'un autre point de vue, on retrouve une certaine réserve vis-à-vis de l'utilité des CPTS pour certains professionnels de santé. En effet, certains interrogés considèrent que les CPTS ne répondent pas à un besoin spécifique pour eux, notamment ceux ayant déjà un réseau établi. Ils soulignent également la redondance potentielle des missions des CPTS avec d'autres structures existantes, telles que les délégations de la CPAM. Par ailleurs, des interrogations sont exprimées quant au coût de ces structures et à leur réelle utilité dans des territoires où l'offre de soins est déjà considérée comme suffisante.

- **Utilité relative :**

« À mon titre personnel je n'ai pas d'utilité, enfin la CPTS ne m'apporte rien parce que j'ai déjà un réseau vu que j'ai fait mon internat à l'hôpital de Mulhouse et je connais un peu les spécialistes du coin, donc je ne suis pas senti bloqué et je n'ai pas eu le besoin d'avoir accès à quelqu'un qui me donnerait accès à un réseau » (E5).

- **Redondance :**

« Le volet d'aides destinés aux professionnels de santé, je ne le vois pas forcément utile. Après tous les soucis qu'on peut avoir par rapport à la CPAM, on a un délégué de la CPAM qui est censé s'occuper de nous répondre à nos questions, pareil pour moi ce serait redondant » (E5).

« En tout cas il y avait des structures qui faisaient déjà le rôle de la CPTS. Donc après si ça se regroupe et qui finalement ils font le même rôle, pourquoi pas ? » (E5).

- **Coût financier :**

« Ce qui est pas mal critiqué, c'est l'argent qu'on met là-dedans parce que ça reste des structures administratives avec du personnel administratif et donc ça coûte cher. Et donc est-ce que c'est vraiment judicieux de mettre ça partout, même dans les endroits où ça marche déjà bien ? Je ne suis pas convaincu » (E5).

« Personnellement, je préférerais qu'il y ait beaucoup plus de médecins partout, et que les hôpitaux aient des moyens pour accueillir tous les patients qui devraient accueillir, probablement pas besoin de ces CPTS » (E12).

d) Contexte politique conflictuel et sous tension

Les enjeux liés au pouvoir, à la gouvernance et au financement des CPTS alimentent les débats à leur sujet.

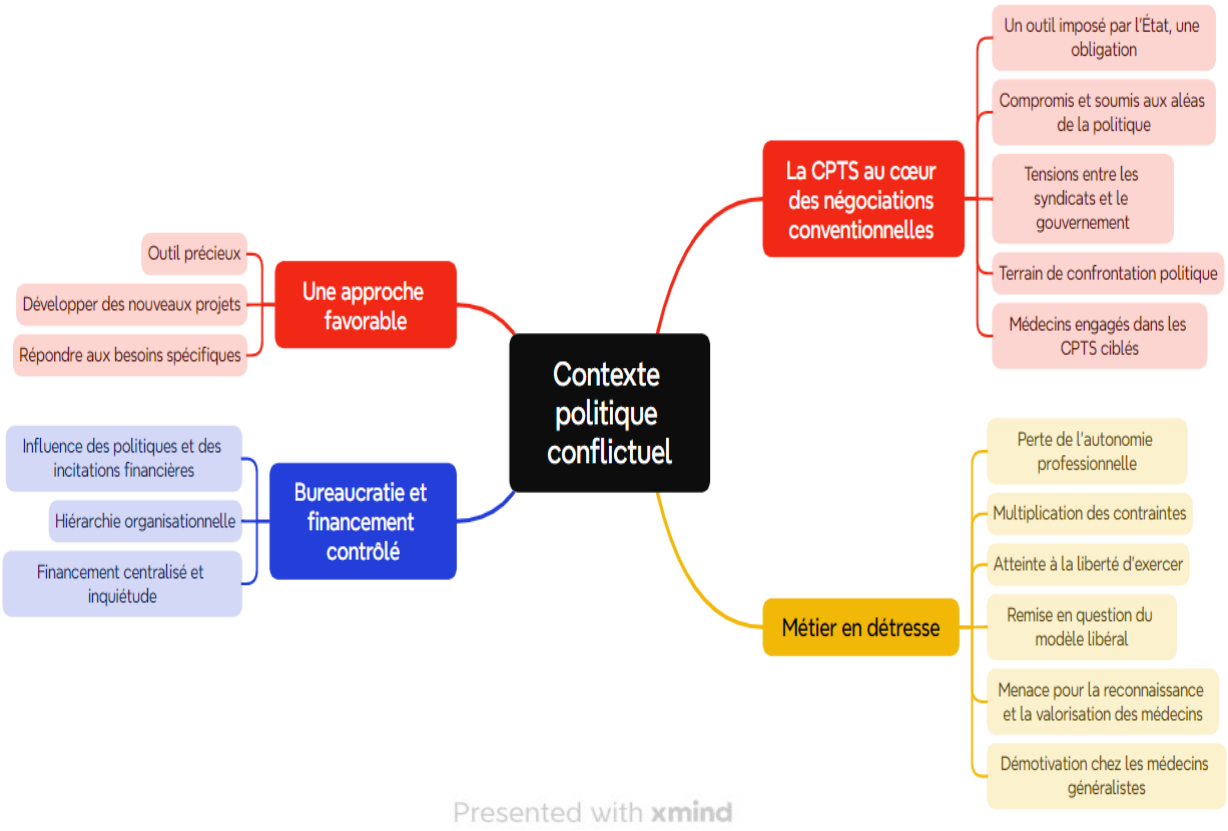

Figure 12 : Cartographie mentale du thème : Contexte politique conflictuel – Logiciel Xmind

- **<u>La CPTS au cœur des négociations conventionnelles :</u>**

  On retrouve une réticence largement partagée parmi certains professionnels de santé, qui perçoivent **les CPTS** comme **un outil imposé par l'État**, **une obligation** supplémentaire, dans une période déjà difficile pour la médecine. Une telle initiative venue d'en haut, contribue à un frein à l'adhésion des médecins, qui craignent que ce dispositif soit **compromis** et **soumis aux aléas de la politique :**

  « Mais <u>je pense pas que ça doit être quelque chose obligatoire</u>, parce que <u>on sait que le gouvernement essaie de plus en plus à forcer les médecins</u>. Et moi je trouve ça <u>contreproductif</u> en fait » (E1).

« J'avais eu l'impression qu'il y a beaucoup des médecins qui voient ça comme un peu le couteau sous la gorge, et comme une obligation » (E2).

« C'est une période assez trouble pour la médecine en général, donc la CPTS, ça fait partie des outils du gouvernement qu'on veut imposer, Je pense que ça participe beaucoup au frein, que tout le monde met » (E5).

« Ça dépendra toujours de ce que l'État veut en faire, parce que si dans 2 ans l'État décide d'enlever toutes les subventions et de détruire tout ce qui a été créé, enfin ça sera quand même dommage quoi » (E6).

« Et le coté obligatoire aussi, finalement la coercition un peu était aussi mal perçu par les médecins » (E14).

Cette perception est renforcée par une communication syndicale qui a diabolisé le concept, dans un **contexte de négociations conventionnelles difficiles**. La communication autour des CPTS a également été marquée par des **tensions entre les syndicats et le gouvernement**, où **les CPTS** sont perçues comme un **terrain de confrontation politique :**

« Je me demande surtout pour les jeunes médecins et les internes, si la CPTS n'a pas un côté négatif dans leurs avis alors qu'ils n'y connaissent rien en fait, parce que c'est surtout ce qui a été véhiculé, notamment par certaines organisations syndicales ou pseudo-syndicale, à une certaine période *avec toutes les revendications qu'on a eues, où la CPTS était un peu le membre du démon, l'espèce de diable qu'il fallait abattre » (E6).*

[70]

« Malheureusement et tu le sais certainement, beaucoup de syndicats ont décrié l'organisation des CPTS. En disant qu'il y a le gouvernement aussi à un moment donné, qui avait dit on va obliger les médecins à gérer une CPTS, tout ça, ça fait un peu une diaphonie et je pense que les vrais enjeux de la CPTS n'ont plus été mis au premier rang et on est passé à l'histoire de communication entre les syndicats d'un côté et le gouvernement de l'autre » (E8)

« Alors mon opinion sur les CPTS, c'est vrai qu'on a regardé ça avec curiosité. Ils ont très certainement très mauvaise presse, car pour beaucoup, s'opposer au CPTS c'était une façon pour s'opposer au gouvernement et aux obligations. Moi je compare ça aux gens qui ne liraient pas un article bien écrit dans un journal car ce journal est titré de gauche ou de droite, mais il y a des gens qui écrivent très bien dans tous les journaux, ce n'est pas parce qu'il le publie dans tel 'canard' que je ne vais pas le lire…je pense que c'est un peu pareil » (E11).

« J'ai quand même eu la sensation chez beaucoup de médecins où je suis allé qu'ils étaient plutôt réticents à ça, parce que ça arrivait aussi dans le cadre d'une négociation conventionnelle où il y avait des revalorisations très insuffisantes quoi pour la profession. Et c'est comme c'était un peu dans le package finalement et je pense que c'est ça qui a fait que c'était plutôt mal perçu » (E14).

Parmi eux, certains soulignent également l'utilisation potentielle des **CPTS** comme un **alibi par les pouvoirs publics** pour ne pas s'attaquer aux

problèmes fondamentaux de la médecine, tels que le manque de moyens ou les difficultés de recrutement :

« Alors moi j'ai personnellement, j'ai une vision plus politique de la chose dans le sens où actuellement on est dans une période de quasi faillite de la médecine, dans certains, dans beaucoup de domaines. Pour des raisons démographiques mais aussi d'argent. Et le gouvernement n'arrive pas à résoudre le problème et probablement que l'invention du concept de CPTS est un petit peu un alibi pour que le gouvernement s'en sorte en disant : Regardez ce qu'on a fait, on a ces CPTS, maintenant il n'y a plus de médecins, mais il y a des CPTS, donc on arrive à organiser au mieux et répondre aux besoins de santé des gens grâce à ça » (E12).

Certains **médecins engagés dans les CPTS** ont même été stigmatisés, devenant **des cibles** de la colère de leurs pairs, accusés de collaborer avec un système jugé défaillant.

« La création de notre CPTS est quand même tombée au moment des négociations conventionnelles et ça, je veux dire, je comprends que les médecins soient fâchés, et cetera, mais les médecins, c'est aussi des gens qui cherchent souvent le bouc émissaire, et même à leur niveau. Du coup en étant impliqué dans la CPTS, automatiquement j'étais un peu le diable et le démon, j'étais le méchant à abattre » (E13).

- **Enchaînés par le système : un métier en détresse**

Certains généralistes manifestent une profonde réticence face à l'instauration des CPTS, craignant une **perte** significative **de** leur **autonomie professionnelle**. La **multiplication des contraintes** réglementaires, et le sentiment d'être soumis à des objectifs et à des protocoles définis en dehors de leur cabinet, sont perçus comme une **atteinte à** leur **liberté d'exercer.**

Cette perte d'autonomie s'inscrit dans un contexte plus large de **remise en question du modèle libéral en médecine**, renforçant ainsi les réticences des médecins face à ces nouvelles organisations :

« Je trouve qu'on est à un moment où notre métier, il est un peu mis à mal, enfin, il y a la loi RIST, la 4eme année… et quelle année pour les médecins généralistes ! Je pense que ça peut décourager certains et éloigner certains jeunes médecins généralistes de la profession en disant bah franchement c'est trop compliqué, j'ai trop de contraintes, et du coup je pense qu'avoir des organisations comme les CPTS, ça peut permettre du coup de nous regrouper en fait, autour d'un projet commun et de remettre du sens un peu dans ce qu'on fait et pas être tout seul dans son coin » (E1).

« On est en médecine générale, censé être des libéraux, on est déjà très peu libéral, on ne maîtrise pas nos tarifs, on ne maîtrise pas nos horaires, on ne maîtrise pas nos obligations. Pour moi, ça reste une obligation de plus, même si c'est une obligation à minima. Et pour moi c'est juste une continuité de la fin du libéralisme » (E3).

« J'entends beaucoup de médecins installés, donc libéraux, qui ont peur de perdre ce côté libéral et d'être dépendant d'une structure, que ce soit l'assurance maladie ou la CPTS, et de devoir accomplir certains objectifs pour avoir des rémunérations derrière » (E16).

Un médecin interrogé exprime une vive opposition à **l'intégration des IPA** (Infirmières en Pratique Avancée) au sein des CPTS. Il considère que cette inclusion constitue une **menace pour** la reconnaissance et la valorisation du **métier de médecin**. Il souligne que le suivi des patients chroniques nécessite une expertise médicale qui ne se résume pas à de simples renouvellements d'ordonnances. Pour lui, l'association des IPA avec les CPTS est perçue comme une manière d'imposer aux médecins une collaboration qu'ils ne souhaitent pas, notamment en déléguant des tâches qu'ils estiment relever de leur compétence exclusive.

De plus, il met en avant l'aspect financier, en soulignant que les **meilleures rémunérations des IPA** pourraient créer une inégalité et une **démotivation chez les médecins généralistes :**

« Après 2ème souci des CPTS, c'était, je prends l'inclusion des IPA, ce genre de choses. Moi je ne suis pas pour les IPA parce que j'estime qu'on devrait déjà être valorisé nous et que le suivi des patients chroniques ce n'est pas juste renouveler un une ordonnance et donc du coup, l'association des IPA avec les CPTS fait que les médecins accepteraient ça, parce que l'IPA ne peut pas travailler s'il n'y a pas de médecin et moi je n'ai pas envie de permettre aux IPA de travailler sur des trucs que j'estime être médical.

En plus avec un meilleur salaire, donc du coup, là la CPTS est déjà pour moi c'était une rédhibitoire là-dessus » (E3).

- **Bureaucratie et financement contrôlé :**

Plusieurs médecins interrogés reconnaissent **l'influence des politiques** et **des incitations financières** sur le développement des CPTS. La mise en place d'une **hiérarchie** et d'un mode de **financement centralisé** suscite des **inquiétudes** quant à une possible dérive bureaucratique de ces structures. Les intervenants plaident pour une organisation plus horizontale et participative, favorisant une collaboration entre pairs plutôt qu'une soumission à une autorité supérieure.

« Je pense qu'il y aura toujours des gens qui seront prêts à faire ça, soit parce qu'ils y croient et qu'ils sont vraiment convaincus de projet, soit parce que ça donne un certain statut ou une certaine légitimité. Et puis il y a de l'argent en jeu aussi, donc je pense que ça se fera. C'est une volonté de l'État et de toute façon ils sont en train de mettre de l'argent dans ce cas-là, pour ça ils ont des primes qui sont assez énormes » (E3).

« Le mode de financement d'ailleurs de beaucoup de CPTS, il ne faut pas que ça soit un peu financé comme ça avec de l'argent public et avec des sommes importantes, il faut que ça soit bien contrôlé. La priorité, c'est quand même revaloriser les consultations » (E14).

« On va aussi avoir un système de de politique dans la structure avec le président qui va diriger les choses et je ne suis pas fan. Je préfère que tout le monde soit au même niveau. Alors une organisation informelle » (E3).

D'autre part, un participant signale **l'importance d'un accompagnement** par des professionnels extérieurs aux soins, dotés de **compétences en gestion**, afin d'optimiser le fonctionnement de ces structures. Cependant il souligne l'importance de **maintenir le poids des professionnels de santé** dans la gouvernance des CPTS :

« Du coup je pense que si ça reste entre les mains des professionnels de santé avec forcément un peu d'extérieur par des professionnels qui font plus du management ou des choses comme ça, des choses que nous médecins ou nous professionnels de santé en général, on n'est pas du tout formé, il y a des chances pour que ça devienne vraiment une aide pour les territoires pour permettre aux médecins de plus travailler en collaboration » (E1).

- **Une approche favorable**

Si certains expriment des réserves quant à la hiérarchisation induite et à la gestion des fonds publics dans les CPTS, d'autres y voient **un outil précieux** pour **développer des nouveaux projets**, et **une opportunité** pour **répondre aux besoins spécifiques** des territoires :

« En plus, sur Mulhouse, on a vraiment une CPTS qui est bien ancrée avec des professionnels qui sont sur le territoire quand même depuis des années et qui font plein de choses pour le territoire, et qui font ça de manière très

réglo et de manière vraiment très sérieuse. Du coup ça ne peut que marcher et ça ne peut qu'aider » (E6).

« La CPTS pour moi ne doit pas être un moyen de pression ni d'un côté, ni de l'autre. C'est un lieu d'échange entre les différents professionnels du territoire. Un lieu, où on va avancer projet après projet, et on va être là pour améliorer les choses pour les médecins, pour les professionnels de santé et pour les patients » (E8).

« C'est un système de tiroirs, je prends le tiroir qui m'intéresse et je laisse ce qui ne m'intéresse pas.

Je pense qu'au lieu d'y s'opposer, il vaut mieux monter dans le navire, car sinon ces sont les paramédicaux qui vont prendre le pouvoir dedans, et nous médecins on a déjà du mal à garder nos places… On peut profiter des moyens qu'on n'aurait pas autrement. Voilà je n'ai pas d'avis totalement négatif là-dessus, c'est un choix politique qui a été fait » (E11).

« Le souci est là, c'est qu'aujourd'hui il y a pas mal de médecins qui pensent que les CPTS, c'est une organisation organisée par l'État, l'ARS, etc. Et qu'à partir de ce moment-là, c'est le gros 'bins' administratif, c'est technocratique, etc. Et donc à partir de là que c'est quelque chose qu'il faut abattre. Moi je n'ai pas cette vision-là. Je trouve cette vision est même dommage. Je pense qu'il faudra revenir sur cette vision en discutant directement en local avec les différents médecins, pharmaciens, dentistes, etc, du territoire et qu'on pourra arriver à les convaincre, que bah ce n'est

pas l'ARS qui dirige la CPTS, ce n'est pas le gouvernement qui dirige la CPTS, c'est nous, c'est les gens sur place qui dirigent les CPTS » (E8).

e) Lien ville-hôpital

Les professionnels interrogés soulignent à la fois les difficultés rencontrées dans la coordination ville-hôpital, et les avancées permises par les CPTS.

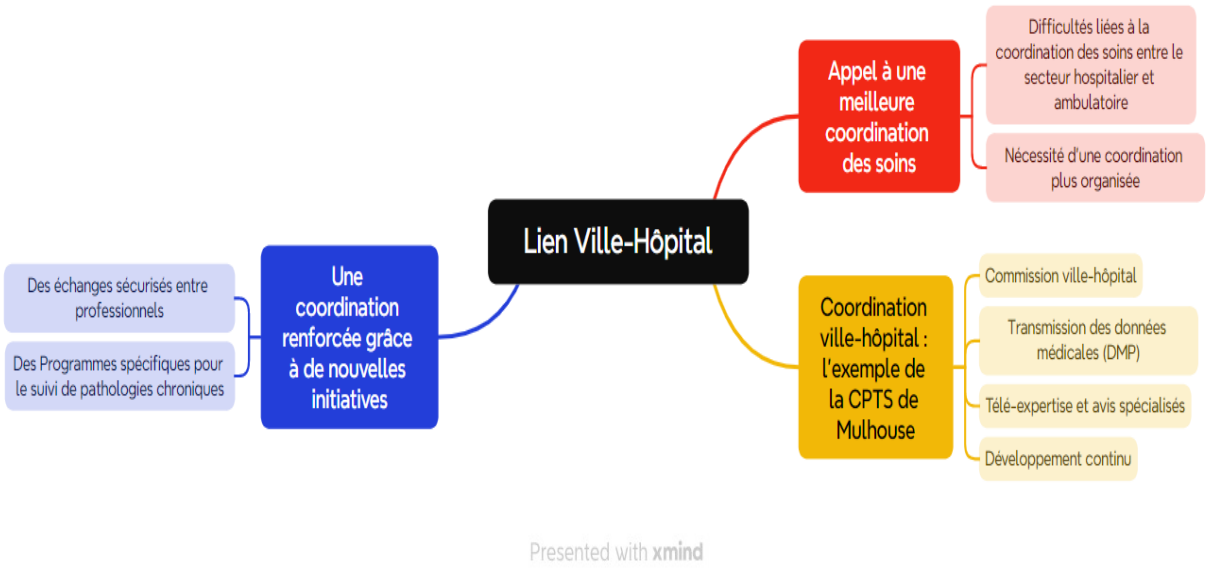

Figure 13 : Cartographie mentale du thème : Lien Ville-Hôpital – Logiciel Xmind

- **Appel à une meilleure coordination des soins :**

  Certains médecins, dont un hospitalier, expriment les **difficultés liées à la coordination des soins** entre **le secteur hospitalier** et **ambulatoire**. Les outils de communication actuels sont jugés insuffisants. La complexité croissante des parcours de soins **rend indispensable l'instauration d'une coordination plus organisée** entre les différents professionnels de santé,

afin d'assurer un suivi optimal des patients, en particulier pour les cas complexes :

« La thématique cabinet-hôpital, bah en gros pour que ça se fasse correctement, bah faut nécessairement qu'il ait la coordination et actuellement ça ne marche pas, ce n'est pas juste avec des courriels pour les cas complexes, donc nécessairement des structures telles que les CPTS ou je ne sais quelle autre entité va remplir ce rôle-là » (E10).

« Je suis un homme qui a toujours travaillé seul et qui s'est toujours débrouillé seul. Mais avec une médecine qui marchait mieux, avec des correspondant qu'on arrivait à trouver facilement et on arrivait à les avoir au bout du fil (que ça soit en ville ou à l'hôpital), ça c'est malheureusement en train de se détériorer et ça rend peut-être nécessaire qu'on fonctionne avec des systèmes comme ça, pour formaliser un peu tout ce qu'on fait » (E12).

« Il faudrait à mon sens, dès le plus jeune âge, que les médecins comprennent que quand tu rédiges une lettre, il faut rédiger une lettre de qualité et si c'est difficile faut chercher à appeler le confrère, quand tu fais un courrier hospitalier, bah faut chercher les destinataires et pas laisser la secrétaire l'envoyer à n'importe qui puis on s'en fout. Demandez aux patients qui sont les professionnels qui interviennent, qui est son infirmière à domicile, qui sont ses kinés, pour rappeler tout ce petit monde et les impliquer dans les soins à la sortie de l'hôpital.

« Aujourd'hui les patients sont de plus en plus âgés, de plus en plus complexes et qu'un médecin généraliste avec son cabinet tout seul, même s'ils sont en plusieurs médecins généralistes, ne soignera pas à mon sens

parfaitement correctement ou des médecins hospitaliers aussi. Tu fais rentrer ta mamie de 80 ans sans parler à son médecin, sans parler à ses infirmières, ça ne marchera pas, Il y aura une nouvelle dégradation par la suite et enfin peu importe, en tous cas ce n'est pas optimal même si ce n'est pas forcément mal » (E10).

- **Coordination ville-hôpital : l'exemple de la CPTS de Mulhouse**

Le témoignage d'un professionnel de santé impliqué dans la CPTS de Mulhouse met en lumière les **progrès réalisés en matière de coordination ville-hôpital** au sein de cette CPTS. **La commission ville-hôpital**, co-pilotée par un représentant de la ville et un directeur d'hôpital, a permis d'établir un dialogue constructif et d'avancer sur **des projets concrets** : tels-que **La transmission des données médicales** via le Dossier Médical Partagé (DMP), constituant un enjeu majeur, facilitant la continuité des soins entre le secteur hospitalier et le secteur de ville, pour assurer une prise en charge fluide des patients, aussi bien à l'admission qu'à la sortie de l'hôpital.

De plus, le développement de **la téléexpertise** ouvre de nouvelles perspectives pour les professionnels de santé libéraux, leur permettant de bénéficier de la compétence de praticiens hospitaliers dans des domaines spécifiques :

*« Je suis le co-responsable de la Commission ville-hôpital de la CPTS de Mulhouse. J'ai rencontré notamment un des directeurs de l'hôpital, Mr ****

qui est le co-responsable du côté hôpital de cette commission et ce qui nous a permis de bien discuter et bien avancer avec le GHR pour la transmission, là l'objectif de cette année c'est la transmission des données entre l'hôpital et la ville. En fait, on a travaillé surtout via le DMP (dossier médical partagé), pour qu'il y ait le plus d'informations possibles quand les gens rentrent dans l'hôpital dans ce DMP et pour qu'il ait le plus d'informations possibles quand les gens sortent de l'hôpital, et le plus rapidement » (E6).

« C'est beaucoup plus simple, surtout du côté du libéral, parce que du côté de l'hôpital, tout était quand même déjà en route. Donc on a surtout bossé sur ça et sur la téléexpertise entre le libéral et l'hospitalier pour pouvoir bénéficier de d'avis spécialisés de praticiens hospitaliers notamment en dermato ou des choses comme ça » (E6).

Un autre médecin participant à notre étude, membre actif au sein de la CPTS de Mulhouse, souligne également **l'importance de la mission ville-hôpital** qui fait l'objet d'un **développement continu** :

« Il y a la mission ville-hôpital aussi qui doit être développée » (E8).

- **Une coordination renforcée grâce à de nouvelles initiatives :**

  Les témoignages révèlent la mise en place de **plusieurs initiatives** visant à **améliorer la coordination des soins**. Parmi celles-ci figurent la mise en place des moyens de communication moderne avec des **échanges sécurisés** entre professionnels, et le lancement d'un **programme**

spécifique pour le suivi de pathologies chroniques comme le programme "Plaies-mobiles" :

« Je pense à des projets qu'on a choisis, que ce soit dans la prévention, que ce soit dans le lien ville-hôpital. La communication sur des moyens modernes, par exemple, on peut faire des échanges sécurisés entre professionnels de santé et des échanges sécurisés avec la ville, l'hôpital, ou entre la ville et l'hôpital » (E14).

« J'ai participé à une formation sur les plaies chroniques avec le lancement justement d'un outil de suivi des plaies chroniques qui s'appelle l'équipe des Plaies-mobiles, et donc c'était organisé entre autres par la CPTS en collaboration avec un médecin de l'hôpital » (E5).

f) Pistes et champs d'amélioration

Pour améliorer le fonctionnement et l'adhésion aux CPTS, plusieurs pistes émergent des témoignages recueillis.

Figure 14 : Cartographie mentale du thème : Pistes et champs d'amélioration – Logiciel Xmind

Certains médecins soulignent l'importance d'une **meilleure communication autour des CPTS**, afin de **lever les doutes** et les réticences. Selon eux, **une clarification des objectifs et des missions** des CPTS est essentielle pour **favoriser l'adhésion :**

« Il faut déjà que qu'il y ait plus de clarification sur le sujet parce que je sais qu'il y a beaucoup de médecins qui ne savent pas vraiment ce que c'est une CPTS, et qui ont soit une mauvaise image soit des aprioris sur le sujet. Je pense effectivement qu'il faut qu'il y ait clarification de cela, qu'il y ait même des délégués qui puissent parler de ce projet » (E4).

« Il faut qu'on sache exactement, quelle problématique et quel objectif a une CPTS, quelle mission. Mais je pense qu'il y a beaucoup de désinformation par rapport à ça, on entend tout et n'importe quoi et donc après il y a aussi cette peur, ce que je peux comprendre, de salariat du médecin généraliste, comment dire, on a le côté libéral qui est moins au premier plan » (E4).

D'autres pensent que **la promotion des CPTS** ne devrait **pas se limiter à des incitations financières** ou **à des pressions** pour y adhérer. Au contraire, il est crucial **de redonner aux professionnels** de santé **un sentiment de maîtrise** sur leur pratique, **sans ajouter une charge administrative** perçue comme pesante :

*« Faudrait déjà convaincre parce que je pense que personne n'est convaincu par ces m*** là. Je pense que personne n'est convaincu par le système. Enfin très clairement, t'as l'impression que c'est une nouvelle chose qui se rajoute à 1000 et une chose existante, et tu vois, on a une*

problématique de cloisonnement du système de santé et la CPTS vient se rajouter en plein milieu » (E10).

« Le défi pour moi d'abord ce serait de commencer par convaincre parce que pour qu'elles existent, il faut qu'il y ait des professionnels qui y adhèrent et donc pour ça bah, faut faire une promotion autre que si vous voulez avoir de quoi vivre faut que vous adhériez bon gré mal gré, à mon avis très clairement on prend le problème à l'envers » (E10).

« Peut-être en étant un peu plus indépendant. Je pense que peut-être il faudrait qu'on arrive de nouveau à être un peu plus maître de notre profession et de pas dépendre tout le temps des instars politiques qui depuis des années n'écoutent plus grand monde hein » (E2).

« Donc je pense qu'il faudrait un peu axer les CPTS en montrant les avantages que ça peut apporter, pour essayer de d'attirer les jeunes. Et puis, d'un autre côté, je pense qu'il faut aussi laisser aux médecins et au professionnels de santé un petit peu leur liberté pour qu'ils puissent continuer à exercer comme ils veulent, sans avoir trop de contraintes » (E9).

Un participant met l'accent sur l'importance et la nécessité de **sensibiliser les internes**, dès leur formation initiale, aux enjeux de la coordination des soins et aux avantages qu'offrent les CPTS :

« Bah je pense que d'abord c'est sûr qu'il faut en parler aux internes et jeunes médecins qui s'installent. Parce que quand on s'installe dans une zone, on est souvent un peu perdu, on n'a pas encore son réseau » (E9).

« Il faudrait aussi travailler un peu sur la communication, peut être à la fac, ou via le syndicat des internes, par exemple, en Alsace, c'est SAIA. Ou une journée d'information, au début de l'internat lors de la présentation du DES par exemple la première semaine, pourquoi pas expliquer un petit peu ce que c'est à ce moment-là » (E9).

Enfin, **les formations** proposées **devraient être** davantage **valorisées et adaptées** aux besoins spécifiques des professionnels, en proposant des **sujets de qualité** et leur offrir des **opportunités d'échanges** enrichissants, contribuant à une meilleure collaboration interprofessionnelle :

« Mais oui faire des formations de qualité, mais aussi avec des moments peut être plus adaptés » (E14).

« À mon avis, il ne faut pas que soit perçu comme quelque chose d'obligatoire qui ajoute des charges administratives pour les professionnels de santé, et que ça soit perçu comme quelque chose qui permet d'avoir un rôle pour la formation continue et pour permettre de rencontrer et de travailler main dans la main avec les autres professionnels de santé » (E14).

IV. DISCUSSION

A. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. POINTS FORTS DE L'ETUDE

a) Approche originale du sujet :

Notre étude apporte un éclairage sur un sujet au cœur des enjeux actuels de la santé publique, les CPTS. Alors que les politiques de santé encouragent le développement de ces dernières, il est essentiel de comprendre comment cette nouvelle organisation est perçue par les futurs acteurs du système de soins. Le peu d'études qui traitent ce sujet, se concentrent en majorité sur les aspects organisationnels ou les impacts des CPTS sur la qualité des soins. Nous nous intéressons ici surtout aux représentations des jeunes médecins vis-à-vis des CPTS.

b) Méthode qualitative :

Au regard de la problématique posée, portante sur des représentations subjectives non quantifiables, la méthode qualitative s'est révélée la plus appropriée pour mener à bien cette recherche (15). En permettant une discussion ouverte et approfondie, elle a permis de mettre en lumière des éléments subjectifs, souvent implicites, qui influencent leurs représentations (16).

c) Entretien individuel semi-dirigé :

Le choix de l'entretien individuel semi-dirigé s'est avéré particulièrement judicieux pour notre étude. Contrairement aux focus groups, Cette méthode a permis aux médecins interrogés de s'exprimer librement sans être influencés par le regard des autres. Le caractère individuel des entretiens a contribué à établir un climat de confiance propice à l'expression de points de vue parfois délicats.

Les questions semi-dirigées valorisent la parole de l'interviewé en le laissant construire ses propres réponses au lieu de cocher des cases prédéfinies (17).

De nombreux participants ont d'ailleurs exprimé leur satisfaction d'avoir pu parler aussi librement sur un sujet aussi important dans le milieu médical.

d) Echantillon varié :

Un des points forts de cette étude repose sur la diversité de l'échantillonnage, qui a été sélectionné afin de maximiser la variabilité des profils. L'hétérogénéité de la population interrogée, incluant des praticiens de différents âges, sexes, milieux et modes d'exercice, garantit une richesse de données et une pluralité de perspectives.

Au-delà des critères précédemment évoqués, nous avons délibérément choisi d'inclure un nombre important de jeunes médecins, en raison de leur pertinence spécifique par rapport à notre sujet d'étude. De plus, la diversité des contextes

d'exercice professionnel nous a permis d'obtenir un panel d'opinions le plus large possible.

Les seize entretiens menés ont permis de constituer un échantillon de taille importante, garantissant ainsi une diversité suffisante des profils et des expériences. Bien que la saturation des données ait été atteinte (après le 14ème entretien), nous avons choisi de poursuivre les entretiens afin d'élargir encore davantage notre base de données et de renforcer la représentativité de notre échantillon.

2. LIMITES DE L'ETUDE

En plus des limites méthodologiques citées plus haut, on identifie également :

a) Biais temporel :

Ce biais survient lorsque les résultats d'une étude sont susceptibles d'être influencés par le moment ou la période spécifique durant laquelle elle est conduite. Cela peut se produire, par exemple, si des événements contextuels ou des changements dans les conditions socio-économiques, technologiques ou culturelles affectent les réponses des participants ou les résultats de l'étude (18).

Notre étude porte sur une période de neuf mois, de juin 2023 à mars 2024, qui a coïncidé avec des négociations conventionnelles particulièrement complexes et tendues. Ce contexte professionnel et socio-économique, a indéniablement influencé les expériences et les avis des médecins généralistes.

b) Biais d'Interprétation :

Étant donné que j'ai été seul à réaliser toutes les étapes de l'analyse, de la lecture des extraits, du codage et de la catégorisation, les résultats obtenus sont potentiellement influencés par mes propres interprétations. Une triangulation des données aurait été souhaitable. Cela aurait impliqué de solliciter une seconde personne pour coder indépendamment les entretiens et comparer nos résultats afin de renforcer la fiabilité et garantir une objectivité maximale.

Enfin, ce biais est en partie inhérent à toute recherche qualitative, où l'analyse et le codage sont influencés par la perspective de l'investigateur.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

L'étude révèle une diversité de perceptions parmi les médecins concernant les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui se répartissent principalement en trois catégories : celles considérant les CPTS comme utiles, celles les jugeant inutiles, et enfin, celles qui adoptent une position neutre, ni particulièrement enthousiaste, ni opposée.

LES PARTISANS CONVAINCUS

Les CPTS sont perçues par de nombreux médecins comme des structures innovantes et avantageuses, offrant une nouvelle manière de répondre aux défis du système de santé tout en respectant les contraintes propres à leur métier. L'un des aspects les plus appréciés des CPTS réside dans la flexibilité qu'elles permettent : l'engagement y est entièrement volontaire, laissant à chaque praticien la possibilité de participer selon ses disponibilités et ses centres d'intérêt. Contrairement à certaines idées reçues, s'impliquer dans une CPTS ne signifie pas être soumis à des obligations constantes ou devoir assister à toutes les réunions. Cette adaptabilité est essentielle dans une profession marquée par des emplois du temps souvent surchargés et une forte charge mentale.

Nous retrouvons cette flexibilité dans l'engagement à travers plusieurs travaux. Selon le guide pratique de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France, la participation aux CPTS repose sur le volontariat, et aucune participation exhaustive des acteurs de santé d'un territoire n'est exigée, permettant ainsi *« une participation large et souple des professionnels »* (19).

Dans son travail de thèse réalisé en 2022, M. DACHICOURT évoque que ce mode d'engagement est salué par les adhérents qui y voient une souplesse rassurante : *« Il y a cette souplesse euh de possibilité d'engagement, s'il y a des moments on est un petit peu moins disponible bah c'est très simple de dire hop ! »* (20).

D'autre part, un rapport du Ministère de la Santé, publié en juin 2023, indique que les CPTS assurent l'engagement des médecins généralistes libéraux dans des activités spécifiques, telles que l'ouverture de créneaux dédiés au SNP dans leur cabinet, ou la

participation des professionnels aux travaux de la CPTS, tout en respectant le volontariat et les disponibilités de chacun (21).

Elles sont également perçues comme des outils efficaces pour répondre aux besoins de santé publique dans les territoires. Elles facilitent notamment l'accès aux soins, en particulier pour les patients sans médecin traitant, en leur proposant des solutions alternatives et en simplifiant leur orientation vers les professionnels adéquats. Ce rôle est particulièrement crucial dans les zones en tension où la demande est forte, comme les territoires ruraux ou les zones urbaines sous-dotées. En optimisant la coordination locale des soins, les CPTS participent activement à la lutte contre la désertification médicale, un enjeu majeur pour garantir l'équité d'accès aux soins à travers le pays.

Cette mission d'accès aux soins est bien exprimée sur le site de l'ARS Grand Est : *« Parmi leurs priorités, les CPTS facilitent l'accès à un médecin traitant »*, mais aussi par le déploiement du dispositif de SAS : *« Le Service d'Accès aux Soins, dit SAS, a pour objectif de répondre aux demandes de soins urgents, à toute heure, grâce à une organisation partagée ville-hôpital. Ainsi, une personne appelant la plateforme de régulation SAS via le 15 sera, en fonction de ses besoins, orientée soit vers la filière des urgences, soit vers la médecine de ville »* (22).

Un autre point souvent mis en avant par les médecins est la capacité des CPTS à promouvoir une véritable collaboration interprofessionnelle. En rassemblant des professionnels de santé issus de divers horizons (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes…) elles favorisent des échanges enrichissants et permettent la création de projets collectifs qui améliorent globalement la qualité des soins. La pluridisciplinarité qui caractérise ces structures offre un cadre idéal pour valoriser les compétences spécifiques de chaque profession, tout en facilitant le partage

d’expériences et la mise en place de pratiques communes. Ce fonctionnement collaboratif renforce non seulement la cohésion entre les acteurs de santé, mais contribue aussi à résoudre plus efficacement les problématiques locales.

Les CPTS jouent également un rôle important dans l’attractivité et le soutien des jeunes générations de professionnels. En proposant des solutions concrètes, telles que des aides au logement ou une intégration facilitée dans la communauté médicale locale, elles améliorent significativement les conditions de vie et de travail des internes et jeunes médecins. Cet accompagnement personnalisé aide à surmonter les obstacles liés à l’installation dans des territoires en tension et favorise une implantation durable des nouveaux praticiens, répondant ainsi à un besoin critique d’équilibrer l’offre de soins sur le territoire.

Une thèse menée en 2023 par Mme THOUK, sur les CPTS dans les Alpes-Maritimes met en lumière le rôle essentiel de ces structures dans l’accompagnement des jeunes médecins : *« On a mis en place une cellule au sein de la CPTS dans le cas où un jeune médecin veuille s’installer qu’il puisse nous contacter. On lui facilite son installation en s’occupant de l’administration en lui donnant des contacts avec les conseils de l’ordre et la CPAM »* (23).

Un an plus tard, soit en 2024, une autre thèse réalisée par M. ORSI, également dans ce même département (Alpes-Maritimes), aborde à nouveau cette fonction d’accompagnement des CPTS. Il évoque notamment des CPTS qui proposent une installation clé en main avec facilitation administrative : *« on a un local qu’on laisse vide, prêt à l’emploi, sur lequel on va accompagner tout candidat, pour une installation clé en main. Concrètement on a un service d’accompagnement à l’installation. Nous on essaie vraiment de facilité cette installation, sur les aides disponibles, si y’a un blocage avec un organisme on*

peut débloquer rapidement la situation. Je fais aussi le lien avec des médecins qui partent à la retraite et qui cherchent quelqu'un pour prendre la relève ».

Dans un second temps, il aborde également l'accompagnement des étudiants en santé, soulignant que la mise en relation avec ces futurs professionnels permet de mieux faire connaître la région et de les inciter à s'y installer, parfois grâce à des partenariats facilitants : *« Alors on a un partenariat avec la fac de médecine, on a la chance d'avoir un président et vice-président enseignants à la fac de médecine […] Le but de ce partenariat c'est notamment faciliter l'accès pour les stages, faire connaitre la région, éventuellement s'installer »* (24).

Enfin, les initiatives portées par les CPTS se distinguent par leur diversité et leur capacité à innover. Que ce soit à travers la prévention, la gestion de crises sanitaires ou le développement d'outils ; tels que les annuaires de professionnels et la télé-expertise ; elles apportent des réponses pratiques et adaptées aux besoins locaux. Des exemples concrets, comme l'utilisation renforcée du Dossier Médical Partagé (DMP) ou le déploiement de programmes spécifiques pour les pathologies chroniques, témoignent de leur rôle stratégique dans l'optimisation de la coordination des soins. Ces efforts démontrent que les CPTS ne se contentent pas d'apporter des solutions ponctuelles, mais qu'elles participent activement à une transformation durable du système de santé.

Ainsi, pour de nombreux médecins, les CPTS représentent bien plus qu'un simple cadre de collaboration. Elles sont perçues comme des leviers indispensables pour améliorer la prise en charge des patients, optimiser l'organisation des soins et répondre de manière concrète aux enjeux de santé publique locaux. Leur capacité à

s’adapter aux besoins des professionnels et des populations fait d’elles des acteurs essentiels dans l’évolution du système de santé français.

LES REFRACTAIRES CRITIQUES

Malgré leurs ambitions prometteuses, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé suscitent des représentations négatives parmi un nombre significatif de médecins, qui soulignent plusieurs freins et limites à leur adoption.

L’un des freins principaux concerne la charge administrative et organisationnelle que ces structures peuvent représenter. De nombreux professionnels de santé, déjà confrontés à un emploi du temps surchargé, perçoivent les CPTS comme une source de réunions fréquentes et chronophages, réduisant le temps consacré à leur activité clinique. Cette perception est particulièrement forte chez les jeunes médecins et les internes qui, malgré leur intérêt pour l’innovation en santé, hésitent à s’engager de peur que leur participation ne diminue leur précieux temps clinique et aggrave leur charge mentale.

Pour certains médecins occupant des rôles spécifiques au sein des CPTS, comme celui de coordinateur, le cumul de responsabilités peut entraîner une surcharge de travail significative. Ces fonctions impliquent une gestion complexe et des responsabilités accrues, souvent incompatibles avec une pratique médicale déjà exigeante.

Cet aspect chronophage est également mis en évidence dans une étude menée en 2021 par Mme GILBERT sur la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse). Les médecins

interrogés expriment la crainte que l'implication dans un nouveau projet soit chronophage. Leur temps étant précieux « *Parce que notre temps il est un peu compté* », ils hésitent à s'engager dans une organisation qu'ils ne comprennent pas et qui, d'après les informations reçues, leur semble manquer d'intérêt. Ils redoutent en outre que cette nouvelle structure n'entraîne une charge administrative supplémentaire « *ça c'est vraiment le truc j'ai pas envie d'y consacrer du temps parce que … l'administratif comme ça, ça me gave !* » (25).

Une autre critique fréquemment évoquée concerne la perception des CPTS comme de simples structures administratives, dont l'utilité est jugée relative par certains professionnels ayant déjà construit des réseaux de collaboration efficaces. Dans certains territoires où l'offre de soins est jugée suffisante, ces structures sont parfois perçues comme redondante, alimentant un scepticisme quant à leur capacité réelle à améliorer la prise en charge des patients. Par ailleurs, leur mise en place est également critiquée pour son coût, perçu comme une dépense mal orientée dans un système de santé où les besoins de financement restent criants à d'autres niveaux.

Dans la même optique de remise en question de l'utilité des CPTS, la thèse de Mme GILBERT révèle que les médecins généralistes interrogés estiment déjà répondre aux demandes de soins non programmés de leurs patients. Selon eux, cette activité fait partie intégrante de leur pratique quotidienne, et devrait être la norme pour tous les médecins généralistes. En effet, pour la moitié des médecins interrogées, l'exercice coordonné est déjà au cœur de leur pratique, et ils collaborent aisément avec l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux (25).

Le contexte politique et organisationnel dans lequel s'inscrit le développement des CPTS alimente également une méfiance généralisée. De nombreux praticiens

considèrent ces structures comme des dispositifs imposés par l'État, inscrits dans une logique centralisée qui pourrait limiter leur autonomie professionnelle. Cette méfiance est exacerbée par la crainte que les CPTS soient utilisées comme un outil politique pour masquer des problématiques structurelles profondes, telles que la pénurie de médecins et les inégalités territoriales, plutôt que pour y apporter des solutions adaptées et concrètes. Certains médecins expriment des réserves face à une possible instrumentalisation des CPTS, redoutant qu'elles ne deviennent une mesure de façade plutôt qu'un véritable levier d'amélioration des soins.

La gestion centralisée des fonds et la mise en place d'une hiérarchie stricte dans certaines CPTS sont également perçues comme des freins à leur efficacité. Les médecins redoutent une bureaucratisation accrue et une perte d'autonomie. Cette inquiétude s'accompagne d'un rejet de modèle trop hiérarchisé, considéré comme incompatible avec une organisation horizontale et participative, qui privilégierait l'autonomie des équipes locales.

Enfin, un point de tension majeur réside dans la crainte d'une perte de contrôle sur la pratique médicale quotidienne. De nombreux généralistes s'inquiètent de l'imposition de protocoles standardisés ou d'objectifs définis en dehors de leurs cabinets, ce qui remettrait en question leur liberté d'exercice et leur capacité à adapter leur pratique aux besoins individuels de leurs patients. Cette inquiétude reflète une remise en cause plus large du modèle libéral de la médecine, qui constitue un fondement essentiel pour une grande partie des professionnels exerçant en secteur ambulatoire.

La crainte de perdre de l'autonomie, ainsi que les critiques concernant le financement et l'utilité des CPTS, ressortent clairement dans le rapport de l'Union Française pour une Médecine Libre Syndicat (UFMLS). Ce dernier exprime des critiques sévères à

l'égard de la gouvernance des CPTS, pointant du doigt la fréquence des réunions et la complexité des démarches administratives, qu'il qualifie de *« perte de temps »,* détournant ainsi les professionnels de leur activité principale. Les événements conviviaux organisés par certaines CPTS, tels que des galas ou des soirées festives, sont jugés *« irresponsables dans un contexte de crise budgétaire du système de santé ».*

Voici quelques citations percutantes extraites de ce rapport :

« Les CPTS, c'est comme l'hydroxychloroquine du Pr Raoult : efficaces sur papier, désastreuses en réalité. ».

« Ce gouffre financier n'apporte aucun réel retour sur investissement et alourdit un système de santé déjà saturé » (26)*.*

En somme, ces critiques mettent en lumière une série de défis majeurs auxquels les CPTS doivent faire face pour gagner la confiance des médecins et s'imposer comme un véritable levier d'amélioration des soins, sans alourdir un système de santé déjà sous tension.

LES OBSERVATEURS NEUTRES

Enfin, une troisième représentation émerge parmi les médecins qui adoptent une position plus neutre. Ces derniers ne rejettent pas les CPTS mais ne les considèrent pas non plus comme une révolution nécessaire. Ils admettent que les CPTS peuvent offrir des solutions pratiques à certains défis du système de santé, mais leur scepticisme demeure concernant l'efficacité réelle de ces structures sur le terrain. L'adhésion à une CPTS est souvent perçue comme une décision individuelle,

dépendant des besoins spécifiques de chaque territoire et de la manière dont les structures sont mises en place localement. Dans cette optique, certains professionnels attendent de voir des résultats concrets et avérés avant de s'engager plus activement dans ces initiatives, soulignant que, dans certains contextes, les CPTS pourraient avoir peu d'impact face à des problèmes structurels plus profonds du système de santé, tels que le manque de moyens et les difficultés de recrutement.

AVIS PERSONNEL

En plus de ces trois représentations discutées plus haut, et sur la base des entretiens et résultats obtenus, je relève un point majeur : l'absence significative d'information concernant les objectifs et le mode de fonctionnement des CPTS, tant du côté des médecins réfractaires que parmi ceux qui adhèrent à l'idée des CPTS. Ce manque d'information joue un rôle crucial dans la position que chaque médecin adopte à l'égard des CPTS et dans l'image qu'il se fait de ces structures.

À mon avis, il est essentiel de résoudre cette problématique en améliorant la communication autour de ce dispositif auprès du corps médical. Clarifier les objectifs, les missions et les avantages réels des CPTS, apparaît comme une étape fondamentale pour lever les doutes et les réticences. Une communication plus transparente et ciblée pourrait non seulement dissiper la méfiance, mais aussi renforcer l'adhésion des professionnels, souvent freinée par un manque d'information claire et accessible.

Un autre axe de développement serait la sensibilisation précoce des internes en médecine. Introduire, dès leur formation initiale, des modules sur la coordination des

soins et les avantages des CPTS permettrait de familiariser les futurs professionnels avec ces dynamiques collaboratives. Cela favoriserait à la fois leur engagement à long terme, et l'émergence d'une culture de travail interdisciplinaire, indispensable pour relever les défis croissants des parcours de soins complexes.

V. CONCLUSION

Face aux défis croissants en matière de santé publique en France, tels que la désertification médicale, les inégalités d'accès aux soins et le vieillissement de la population, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont émergé comme une réponse innovante et stratégique pour améliorer la coordination des soins et renforcer la couverture médicale sur l'ensemble du territoire.

En réaction à la création de ces structures, les médecins généralistes ont adopté des attitudes variées. Comme pour toute initiative nouvelle, les CPTS ont été perçues sous différents angles. Dès leur lancement, ces structures ont suscité des représentations contrastées, allant de l'enthousiasme à la méfiance, en fonction des attentes de chacun vis-à-vis de leur impact sur la pratique quotidienne et l'organisation des soins.

Parmi les rares travaux disponibles sur ce sujet, la plupart se concentrent sur la création et la mise en œuvre des CPTS ou abordent des thèmes spécifiques liés à ces structures, tels que les soins non programmés (SNP) et les outils de communication. Cependant, aucune étude ne s'est encore penchée sur la manière dont les jeunes médecins généralistes, qui représentent l'avenir de notre système de santé, perçoivent les CPTS.

Afin d'explorer cette question, nous avons mené une étude qualitative semi-dirigée en interrogeant des internes en médecine générale ainsi que des médecins généralistes dans la région d'Alsace.

Grâce à cette enquête, nous avons pu mettre en évidence des perceptions variées des médecins vis-à-vis des CPTS. D'une part, certains les considèrent comme des

structures novatrices et bénéfiques, mettant en avant leur flexibilité et leur capacité à améliorer l'accès aux soins dans des zones sous-dotées, tout en favorisant une collaboration interprofessionnelle essentielle à la qualité des soins. D'autre part, un certain nombre de praticiens reste sceptique et critique à l'égard de ces dispositifs, dénonçant une surcharge administrative, une perte d'autonomie et des doutes sur leur efficacité réelle à résoudre les enjeux fondamentaux du système de santé. Enfin, une troisième catégorie de médecins adopte une position plus neutre, reconnaissant le potentiel des CPTS sans être pleinement convaincue de leur impact concret.

Le manque d'information sur les CPTS met en évidence l'importance d'une meilleure communication autour de ces structures pour encourager leur adoption par les professionnels de santé. En clarifiant les objectifs et les bénéfices des CPTS, il serait possible de dissiper les doutes et de renforcer l'adhésion des médecins, contribuant ainsi à une meilleure coordination des soins et à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Il serait également pertinent de mener une étude complémentaire pour apporter des précisions supplémentaires et évaluer l'impact d'une information claire sur les CPTS sur les perceptions et représentations des médecins à l'égard de ces structures.

VU
Strasbourg, le 03.02.25
Le président du jury de thèse
Professeur ANDRES

Professeur Emmanuel ANDRES
Spécialiste en Médecine Interne
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Président de la C.M.E.
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Service de Médecine Interne - Hôpital de Hautepierre
Tél. 03.88.12.71.33 ou 03.88.12.71.26
Email : emmanuel.andres@chru-strasbourg.fr
N° RPPS : 10002436391

VU et approuvé
Strasbourg, le 05 FEV. 2025
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA

VI. Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

Guide d'entretien

1) Introduction :
   - Présentation de l'étude et de l'objectif de l'entretien.
   - Consentement éclairé et confidentialité.

2) Informations personnelles :
   Pouvez-vous nous indiquer votre âge, votre profession, et la ville dans laquelle vous avez passé votre internat / Où vous passez votre internat ?

3) Contexte professionnel :
   Pouvez-vous nous décrire votre contexte professionnel actuel ?
   - Date d'installation / Début de vos remplacements / Année d'internat ?
   - Mode d'exercice : Seul, Cabinet de groupe, MSP, Salarié / Stage actuel ?

4) Connaissances préalables et premières impressions sur les CPTS :
   - Comment avez-vous entendu parler des CPTS pour la première fois ?
   - Quelles sont vos premières impressions lorsque vous entendez le terme CPTS ?

5) Représentations des internes et jeunes médecins généralistes sur les CPTS :
   - Quel est, d'après vous, le rôle des CPTS dans l'organisation des soins pour les territoires ?

6) Retour des médecins déjà installés sur les CPTS :
   - Avez-vous déjà participé à une CPTS ?

   - Si oui : Quelles ont été vos expériences positives et négatives avec les CPTS ?
     Comment les CPTS ont-elles changé votre pratique de la médecine générale ?

   - Si non : Quels sont les freins et les facteurs qui vous retiennent de participer à la CPTS de votre territoire ?

7) Perspectives d'avenir sur les CPTS :
   - Selon vous, quelles sont les perspectives d'avenir pour les CPTS en France ?
   - Comment pensez-vous que les CPTS peuvent évoluer pour répondre aux besoins des patients et des professionnels de santé ?
   - Quels sont les défis à relever pour que les CPTS fonctionnent efficacement ?

8) Remerciements et clôture de l'entretien.

Annexe 2. Questionnaire quantitatif

Bonjour,

Actuellement interne en dernier semestre de médecine générale, je vous remercie de bien vouloir répondre à ce petit questionnaire réalisé dans le cadre de mon travail de thèse sur les CPTS.

- Anonyme
- Rapide (~ 3 minutes) : 5 QCM à choix multiple, une ou plusieurs réponses possibles.

1. Qu'est-ce qu'une CPTS ?

   - ☐ **C**ommunauté **P**luridisciplinaire **T**erritoriale des **S**oins primaires.
   - ☐ **C**ommunauté **P**rofessionnelle **T**erritoriale de **S**anté.
   - ☐ **C**entre **P**luridisciplinaire de **T**hérapie et de **S**uivi.
   - ☐ Autre : _____

2. Une CPTS :

   - ☐ Doit absolument avoir un bureau physique.
   - ☐ C'est un mode de travail organisé entre plusieurs intervenants qui ne nécessite pas forcément de structure physique dédiée.
   - ☐ Doit avoir un cadre juridique bien défini.
   - ☐ Doit avoir une assemblée générale réunissant tous les adhérents, qui se rassemble au moins une fois par an, pour élire un conseil d'administration.
   - ☐ Nécessite une simple organisation interne en fonction du territoire en question et des projets menés.

3. Qui peut participer à une CPTS ?

   - ☐ Les médecins généralistes libéraux.
   - ☐ Les infirmières.
   - ☐ Les maisons de santé déjà installées en tant que structures organisées.
   - ☐ Les kinésithérapeutes.
   - ☐ Les pharmaciens.
   - ☐ Les établissements de santé publique par exemple un CHU/CHR.
   - ☐ Les établissements hospitaliers privés.
   - ☐ Les EHPAD.
   - ☐ Les médecins spécialistes.

- ☐ Les pôles de santé.

4. Quelles sont les 3 missions "prioritaires" pour les CPTS ?

   - ☐ Développer la qualité et la pertinence des soins.
   - ☐ Organiser les parcours pluri professionnels autour du patient.
   - ☐ Accompagner les professionnels de santé sur le territoire.
   - ☐ Développer des actions territoriales de prévention.
   - ☐ Améliorer l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.

5. Qui assure le financement des CPTS ?

   - ☐ Les différents intervenants avec un apport personnalisé en fonction de la situation de chacun.
   - ☐ La CPAM.
   - ☐ L'ARS.
   - ☐ Tous ceux qui sont cités ci-dessus.

Annexe 3. Exemple de Verbatim

Il s'agit ci-dessous du 8ème verbatim par ordre chronologique. Les phrases en gras correspondent aux questions de l'interviewer et le corps de texte aux réponses du médecin généraliste interrogé.

Informations personnelles :

Pouvez-vous nous indiquer votre âge, votre profession, et la ville dans laquelle vous avez passé votre internat / Vous passez votre internat ?

*« Je m'appelle ***. Je suis médecin généraliste, thésé en 2000. Alors j'ai fait l'internat à Strasbourg avec une maquette très hospitalière puisqu'à l'époque, il n'y avait pas de stage ambulatoire, on avait 15 demi-journées à faire chez le praticien rural, et 15 demi-journées à faire chez le praticien en ville, sur les 2 ans de l'Internat parce que c'était 2 ans à l'époque ».*

Contexte professionnel :

Pouvez-vous nous décrire votre contexte professionnel actuel ?

- Date d'installation / Début de vos remplacements / Année d'internat ?

- Mode d'exercice : Seul, Cabinet de groupe, MSP, Salarié / Stage actuel ?

« Je suis un des fondateurs de SOS Médecins à Mulhouse avec mes collègues, Le 2 janvier 2001, donc je travaille effectivement à SOS Médecin depuis le 2 janvier. J'ai même commencé à travailler à SOS médecins à Strasbourg avant ma thèse et puis effectivement, juste après, je suis parti à Mulhouse.

Je fais aussi des échographies dans un cabinet de radiologie, et J'ai différentes activités au niveau du collège de la médecine générale au niveau national, donc voilà et je participe effectivement à quelques travaux de la CPTS de Mulhouse agglomération ».

« Au départ dans quelques remplacements, j'avais des activités salariées, soit dans des cliniques, soit pour le service de santé des mines à l'époque, mais j'ai surtout effectivement principalement été en libéral, en association à SOS Médecins. À noter que quand je fais des échographies, j'en fais dans centre avec un aspect disons de santé pluridisciplinaire à Montreux-Vieux, dans le Sundgau. Entre-temps tu rajoutes 2 ans d'armée, parce que j'y ai été 2 ans et j'étais un médecin dans une base aérienne détachée au Sénégal, à Dakar et donc je faisais beaucoup de médecine générale parce qu'on avait toutes les familles sur place, beaucoup d'enfants. Voilà donc une activité de médecine générale avec une activité de médecine d'urgence. Le type d'urgence que j'ai aussi continué après puisque j'ai fait du SMUR jusqu'en 2018, et en particulier du SMUR sur Hélico. Beaucoup d'intervention et assez sympathique effectivement, et c'était dans un cadre idyllique puisque c'était en Corse. J'en ai fait encore dans les Vosges et j'en ai fait dans les Alpes, donc c'était assez sympathique, mais toujours en gardant une activité SOS classique à côté ».

Connaissances préalables et premières impressions sur les CPTS :

- Comment avez-vous entendu parler des CPTS pour la première fois ?

- Quelles sont vos premières impressions lorsque vous entendez le terme CPTS ?

*« La toute première fois, c'était dans la loi, alors est ce que c'était la loi HPST, je pense que c'était celle-là où on en a parlé des CPTS ou la loi juste après, donc lorsqu'au niveau national on a commencé à parler des CPTS. On avait une discussion là-dessus au niveau du collège de la médecine générale et c'est qu'après effectivement qu'au local, on a commencé à se dire bah il faudrait faire une CPTS et qu'il y avait l'ARS qui a lancé un peu l'appel à candidatures et après ça on a avec, enfin, c'est surtout *** qui a monté la CPTS de Mulhouse agglomération, donc d'abord un travail préliminaire qui s'est un petit peu décalé à cause du COVID et puis après donc la création officielle de la CPTS et la première mandature où j'étais administrateur. Donc les 3 premières années de la CPTS de Mulhouse agglomérations. J'étais administrateur au nom des SOS Médecins, je n'étais pas administrateur au nom des médecins libéraux ».*

« C'est peut-être une bonne idée, très bonne idée. C'est regroupé les professionnels de santé libéraux d'un territoire, en allant plus loin de ce qu'on pouvait faire avec les unions régionales, les médecins, etc. C'est vraiment faire rencontrer les médecins, avec les infirmiers, avec les kinés, avec les pharmaciens, avec tous les professionnels de santé libéraux du territoire et donc vraiment un abord plutôt tout à fait favorable ».

Représentations des internes et jeunes médecins généralistes sur les CPTS :

- Quel est, d'après vous, le rôle des CPTS dans l'organisation des soins pour les territoires ?

/

Retour des médecins déjà installés sur les CPTS :

- Avez-vous déjà participé à une CPTS ?

- Si oui : Quelles ont été vos expériences positives et négatives avec les CPTS ? Comment les CPTS ont-elles changé votre pratique de la médecine générale ?

- Si non : Quels sont les freins et les facteurs qui vous retiennent de participer à la CPTS de votre territoire ?

« Bah la première grosse expérience positive c'était quand même la gestion de de l'épidémie COVID avec la première action forte de la CPTS. Et c'était de créer un énorme centre de vaccination et donc la participation active à ce centre de vaccination en ayant vraiment cette impression de de pouvoir vraiment avoir d'emblée une action pertinente et efficace par rapport à la population. C'est une expérience qui a fédéré vraiment tous les partenaires de la CPTS. Donc comme je disais hein, il y avait des kinés, il y avait des infirmiers, beaucoup forcément, des médecins, mais également des pharmaciens, des dentistes. Donc tous ces partenaires-là finalement on s'est groupés autour d'un objectif immédiat important qui était de vacciner le plus de monde possible, afin bien sûr d'éviter de poursuivre les côtés dramatiques de l'épidémie. Et donc oui, on était vraiment investi dans cette mission. Quand je dis vraiment investi, c'était vraiment quelque chose d'important, on suivait ça, on essayait de combler les tableaux quand il y avait un manque, etc. c'était vraiment, dans d'autres domaines, certains pourraient appeler ça quelque chose d'assez sacré, mais c'est vrai que ce mot peut être pas trop fort pour montrer que cette première action, cette genèse de la CPTS était vraiment très liante pour les gens qu'ils l'ont fait.

Et à partir de là effectivement, c'a permis derrière beaucoup plus facilement d'autres travaux de la CPTS parce qu'on a commencé très vite à se connaître et on s'est aperçu que malgré, les 20 ans de SOS et ben finalement on ne connaissait pas si bien que ça les autres partenaires de santé et là vraiment ça a été un coup de boost. Les conséquences de ce travail en commun, on les voit dans les commissions qui ont suivi derrière sur d'autres domaines, et on est toujours en train de travailler les uns avec les autres. Voilà donc c'a vraiment été une genèse, un peu dans le dur puisque on vivait cette épidémie de façon assez dramatique sur Mulhouse, et puis derrière, vraiment c'est la preuve que lorsqu'on se met ensemble, on peut monter ensemble des projets et il n'y a pas des bons, des mauvais, Il y a que des

gens qui travaillent ensemble dans un but commun et ça, je pense que c'est le premier exemple pour la CPTS.

Dans le cas de la pandémie, il y avait un appel à créer des centres de vaccination, Et sur Mulhouse agglomération, c'est la CPTS, vraiment sur le gros centre de Mulhouse ville qui a répondu. Donc effectivement oui, c'était la première mission et si ça a aussi bien marché avec des chiffres assez importants de nombre des personnes vaccinées aussi rapidement, bah c'est grâce quand même à l'ensemble des professionnels de santé de la CPTS. Il n'y a pas que hein, il y a la ville aussi qui organisait tout ce qui était la partie logistique, et d'ailleurs, ça nous a permis de de de côtoyer des gens de la ville qu'on ne connaissait pas, dans différents services qui ne pouvaient plus travailler parce qu'on était en période d'épidémie et beaucoup d'endroits étaient fermés comme les piscines ou autres, et on a travaillé avec les secrétaires des piscines, les secrétaires de la ville, même avec les membres de l'orchestre philharmonique de Mulhouse. Et je trouvais ça, outre le fait effectivement, de faire une mission très utile pour la population, aussi très enrichissant sur le plan de des rencontres qu'on ait fait, que ce soit avec les professionnels de santé ou les non professionnels de santé. la pandémie n'est pas établi au moment où on a créé la CPTS hein, d'ailleurs dans les missions socles, il n' y avait pas la réponse aux crises à ce moment-là et depuis d'ailleurs, la réponse aux crises est une des missions qui est devenue socle dans toutes les CPTS.

*Voilà mais effectivement au départ c'était quelque chose de créer de novo et avec l'impulsion de *** qui a quand même eu un rôle majeur là-dedans. Ben on a pu tous s'agréger à lui, et que ça soit quand même je pense une réussite, et surtout qu'on ait sauvé des nombreuses vies. Moi je me rappelle des gens qui venaient, qui pleuraient quand on les vaccinait, je demandais pourquoi, si ça vous fait peur ? mais ils disaient : non mais j'ai perdu mon frère, ma sœur, il y a 3 semaines, un mois si on avait pu avoir ce vaccin avant moi… j'ai une chance pas possible, je n'ai pas eu le COVID et grâce à ce vaccin je vais pouvoir peut-être vivre. Et que ma sœur, mon frère, qui avait 80 et quelques années, sont partis à cause du COVID, et c'était des moments assez poignants. Et là, vraiment, on a l'impression effectivement qu'on a un rôle. C'est aussi motivant pour un professionnel de santé de savoir qu'il a un rôle, je crois que tous on a eu ce rôle-là, que ce soit professionnel de santé et non professionnel de santé, les gens de la ville, tous les gens qui ont œuvré à ce à cette réussite.*

Alors négative ? Non, non. Parce qu'à chaque fois qu'on a des rencontres, des échanges, c'est plutôt très constructif. Alors non, vraiment le côté négatif il n'y a pas, mais Il y a des regrets oui. Il y a des regrets effectivement que certaines choses n'aillent pas plus vite, bah parce qu'il y a une lenteur administrative qui n'est pas liée à la CPTS. C'est vrai qui est du par exemple à des expérimentations, je pense au binôme médecin infirmier, il y a des textes de loi qui doivent sortir, des règlements, des décrets, qui ne sortent pas etc. Donc on est un peu soumis quand même au calendrier, je dirais juridique qui a du mal à sortir quand il y a des expériences nouvelles. Voilà mais à part ça on travaille dessus. Donc voilà le seul petit regret, c'est que on n'aille pas assez vite, mais c'est pas du tout des expériences négatives, au contraire on se positive ».

« Oui, alors dans la partie collaboration, parce que quand on connaît les gens, bah c'est plus simple. Par exemple, quand on connaît les infirmiers du secteur, et on les voit un peu plus, bah c'est plus simple de leur poser une question. Est-ce que tu peux suivre un patient, ce que tu peux faire ça ? donc ça c'est ça, c'est bien.

Après à SOS Médecins, je ne vais pas te dire que ça a changé grand-chose à la prise en charge d'une otite, ou la prise en charge d'une colique néphrétique, mais non c'est surtout lorsqu'il y a des choses à faire par des partenaires (des fois des kinés, des fois des infirmiers). Oui, là ça a pu faciliter les choses, c'est à dire pas fondamentalement changé mais ça les a facilités.

Après, il y a des rôles de la CPTS qui n'ont pas forcément vocation à changer notre mode d'exercice mais qui ont vocation à l'aider sans le changer, par exemple, quand je pense à l'accueil des internes, ça ne va pas changer la façon dont nous, médecins, on les accueille en stage. Mais par contre ça va leur permettre effectivement, bah de se loger sur Mulhouse pour certains, de se sentir bien qu'on leur présente la ville, donc ça c'est des choses tout à fait intéressantes et qui font que peut-être l'interne va apprécier sa vie mulhousienne. Beaucoup d'internes viennent de Strasbourg, donc ce n'est pas forcément évident pour eux et donc ça permet effectivement de de les accueillir. Enfin c'est un plus ».

Perspectives d'avenir sur les CPTS :

- Selon vous, quelles sont les perspectives d'avenir pour les CPTS en France ?

- Comment pensez-vous que les CPTS peuvent évoluer pour répondre aux besoins des patients et des professionnels de santé ?

- Quels sont les défis à relever pour que les CPTS fonctionnent efficacement ?

*« Alors la CPTS de Mulhouse est une des plus grandes au niveau national, puisque normalement ça devait être à peu près une centaine de milliers de personnes en tant que patient dans la CPTS, donc ça voulait dire qu'il fallait couper Mulhouse en 2 voire en 3 secteurs, ce n'était pas très pertinent et pas très efficient et donc *** a réussi effectivement à valider une CPTS qui a quand même 275000 patients, ce qui n'est pas la norme. Mais avec un projet de territoire, un projet pertinent, c'a rencontré l'adhésion des pouvoirs publics et donc on a pu créer une CPTS importante, donc je pense que c'est effectivement c'est une bonne chose ».*

« Je me permettrais si tu veux bien te faire 2 réponses différentes. Je vais te faire de la réponse du médecin qui participe à la CPTS et après je ferai la réponse du médecin qui n'est peut-être pas un peu au courant de tout ça. Puisqu'il n'y a pas que moi qui ferai l'avenir des CPTS, on peut prendre en compte les différents avis et ils sont divergents.

Mon premier avis c'est que, en tant que médecin qui est dans la CPTS, donc comme j'ai dit, j'étais administrateur pendant 3 ans. Là j'ai laissé mon poste à quelqu'un d'autre de SOS médecins pour faire tourner parce que j'estime que c'est bon pour la démocratie. Je suis toujours dans des différents groupes de travail, je suis dans 3 ou 4 groupes, et j'anime un groupe de travail même. Je pense qu'il faut absolument continuer. Il y a tellement de sujets de collaboration par rapport aussi à nos patients. Il y a énormément de projets de prévention qui sont très intéressants. Il y a la mission ville hôpital aussi qui doit être développée, il y a la santé mentale qui a déjà bien été développée, et qui continue à être développée. Il y a le repérage de sujets fragiles. Enfin, il y a différentes choses et il faut que ça continue. Et donc je suis très confiant sur l'avenir de la CPTS à Mulhouse et je sais que l'équipe qui a été réélue au bureau et l'équipe aussi administrative sont des gens tout à fait compétents et je pense qu'effectivement, on continuera à avancer dans le même rythme que ça a été sur les 3 dernières années et donc ça ne peut être qu'un grand plus pour notre communauté professionnelle et nos patients. Ça c'est moi.

Après malheureusement et tu le sais certainement, beaucoup de syndicats ont décrié les l'organisation des CPTS. En disant qu'il y a le gouvernement aussi à un moment donné, qui avait dit on va obliger les médecins à gérer une CPTS, tout ça, ça fait un peu une diaphonie et je pense que les vrais enjeux de la CPTS n'ont plus été mis au premier rang et on est passé à l'histoire de communication entre les syndicats d'un côté et le gouvernement de l'autre, etc. La CPTS, ce n'est pas l'alpha et l'oméga de l'exercice libéral, ça c'est clair, ce n'est pas la CPTS qu'on résoudra tout et ça il faut être tout à fait clair là-dessus et les syndicats ont raison de dire que ce ne résout pas tout. Mais là où ils n'ont pas forcément raison, en tout cas pas tous, c'est de dire d'ailleurs pas que les syndicats, il y a des organisations aussi ou représentant des médecins qui ne sont pas des syndicats qui prônent un peu le rejet des CPTS, même ils en prenaient au début de l'année 2023, le retrait des généralistes qui étaient dans les CPTS. Ce que je trouve dommage, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain, on a des soucis actuellement effectivement avec notre convention médicale, qui a été non aboutie au mois de mars cette année-là, il y a des négociations qui se refont et tout.

La CPTS pour moi ne doit pas être un moyen de pression ni d'un côté, ni de l'autre. C'est un lieu d'échange entre les différents professionnels du territoire. Un lieu, où on va avancer projet après projet, et on va être là pour améliorer les choses pour les médecins, pour les professionnels de santé et pour les patients ? Ça ne peut pas tout faire, donc ce n'est pas parce qu'il ne fait pas tout qu'il faille tout arrêter. Et ce n'est pas parce que c'est mis en avant éventuellement par certains membres du gouvernement qu'il faut se mettre en retrait des CPTS.

*Le souci est là, c'est qu'aujourd'hui il y a pas mal de médecins qui pensent que les CPTS, c'est une organisation organisée par l'État, l'ARS, etc. Et qu'à partir de ce moment-là, c'est le gros bins administratif, c'est technocratique, etc. Et donc à partir de là que c'est quelque chose qu'il faut abattre. Moi je n'ai pas cette vision-là. Je trouve cette vision est même dommage. Je pense qu'il faudra revenir sur cette vision en discutant directement en local avec les différents médecins, pharmaciens, dentistes, etc, du territoire et qu'on pourra arriver à les convaincre, que bah ce n'est pas l'ARS qui dirige la CPTS, ce n'est pas le gouvernement qui dirige la CPTS, c'est nous, c'est les gens sur place qui dirigent les CPTS. Donc à partir de là, effectivement, on peut arriver à démonter un peu cette idée que la CPTS est et un organe technocratique des ARS ou de la caisse et ce n'est absolument pas ça. Alors bien sûr, on est en collaboration avec les CPAM puisqu'on on a des objectifs communs, mais après on peut faire aussi valoir nos propres envies de faire avancer certaines choses et c'est ce que fait ***, et l'exemple que montre la CPTS de Mulhouse et là et a montré aux autres, même ceux qui sont peu friands.*

Voilà un petit peu ce que je peux dire. Je pense que ça va se réguler. Je pense que là aussi il y a un nouveau round conventionnel, peut-être que ça va s'apaiser dans les conventions. Voilà donc je pense qu'effectivement les choses vont un petit peu se tasser, voilà et que surtout j'espère qu'on arrêtera de dire que l'homme à abattre c'est le CPTS, en fait non pas du tout. La CPTS c'est un outil qui est aux mains des professionnels du territoire et pas du tout aux mains des technocrates. Voilà après il y a quelques exemples aussi de CPTS qui ne marche pas bien et qui peuvent être pris en exemple par certains pour dire bah le modèle n'est pas le bon, ça je dirais c'est comme partout hein, on est humain, donc il y a des humains qui fonctionnent bien et il y a des humains qui dysfonctionnent, y a des CPTS qui sont démocratiques, y en a d'autres qui le sont beaucoup moins. Voilà mais bon je pense que tout ça fait partie du jeu et ce n'est pas le seul endroit où il peut y avoir des défaillances, mais en tout cas ça ne remet pas en cause le modèle CPTS, ça remet en cause peut-être la CPTS en question. Il faut qu'il se démocratise, travaille un petit peu mieux, etc. »

« Bah c'est déjà de réussir les différents projets qu'on a, quand on réussit les projets il n'y a pas meilleure communication que de montrer que ça fonctionne.

C'est lorsqu'on va parler à un médecin pour par exemple, je parlais tout à l'heure de binôme médecin infirmiers, un médecin qui n'est même pas dans la CPTS, mais parce que son infirmier avec qui il partage des patients est dans la CPTS, par exemple c'est lui dire tiens tu ne pourrais pas faire un binôme avec moi, lui expliquer ce que c'est. Donc voilà c'est progressivement, en s'étendant, on va expliquer les choses, mais on va montrer que ce n'est pas la bête terrible, au contraire, c'est un outil très précieux qu'on peut utiliser pour améliorer certainement des choses. On est parti de 0, il y a un peu plus de 3 ans et on a déjà pas mal de projets. Après oui, c'est le défi dans toute organisation, c'est le défi de la démocratie interne, c'est le défi d'écouter les autres, c'est le défi d'accepter aussi une vision peut être différente de soi-même, de ne pas bloquer aussi à certains professionnels et pas d'autres comme ça se fait dans certaines CPTS. Non je pense se mettre tous autour de la table, se dire qu'on est tous différents mais qu'on fait tout un travail au profit du patient et que à partir de là bah ce n'est pas parce qu'on est médecin, infirmier où spécialiste ou généraliste ou nutritionniste ou kiné qu'on n'est pas là pour le patient, je pense qu'on l'ait tous, qu'il faut plutôt monter cette valeur-là. Et puis garder l'essentiel, c'est un fonctionnement normal, démocratique, rigoureux, à prendre en compte comme dans n'importe quelle association ».

VII. Références bibliographiques

1. Patients en ALD sans médecin traitant : la tendance s'inverse depuis le lancement du plan d'actions. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/patients-en-ald-sans-medecin-traitant-la-tendance-s-inverse-depuis-le-lancement-du-plan-d-actions

2. Démographie des professionnels de santé - DREES. [En ligne]
   Disponible sur : https://drees.shinyapps.io/demographie-ps

3. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015

4. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000017726554

5. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036339090

6. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/Files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/etudes-d-impact-de%20lois/ei_art_39_2019/ei_ssax1900401l_pjl_organisation_transformation_sante_cm_13.02.2019.pdf

7. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260

8. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signe-et-des-2-avenants

9. Cartographie des CPTS en région. [En ligne]
   Disponible sur : https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-des-cpts-en-region

10. Cartographie Haut-Rhin. [En ligne]
    Disponible sur : https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-haut-rhin

11. Cartographie Bas-Rhin. [En ligne]
Disponible sur : https://www.fcpts.org/la-cartographie/cartographie-departementale-des-cpts/cartographie-bas-rhin

12. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). [En ligne]
Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-0

13. Borst G, Cachia A. Les méthodes en psychologie ; Chapitre premier. Les méthodes descriptives. Que Sais-Je. 2022

14. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale En Région Alsace Situation en 2015. [En ligne]
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1ej6kog/atlas_alsace_2015.pdf

15. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. 2004.

16. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;84 :142-5.

17. Letrilliart L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009 ;88 :106-12.

18. Thiétard R. Méthodes de recherche en management - 4ème édition. [En ligne]
Disponible sur : https://shs.cairn.info/methodes-de-recherche-en-management--9782100711093?lang=fr

19. Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France ; Guide pratique. [En ligne]
Disponible sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CPTS-guide-2017.pdf

20. Dachicourt R. Expérience des CPTS par les médecins généralistes des CPTS Liévin Pays d'Artois, Grand Douai et Pévèle du Douaisis [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université de Lille. Faculté de médecine Henri Warembourg. Année : 2022

21. Rapport « Tour de France des CPTS ». Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. [En ligne]
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

22. L'accès aux soins en Grand Est : stratégie et actions pour faire face aux déserts médicaux. [En ligne]
Disponible sur : https://www.grand-est.ars.sante.fr/lacces-aux-soins-en-grand-est-strategie-et-actions-pour-faire-face-aux-deserts-medicaux

23. Thouk S. Comment les communautés professionnelles territoriales de santé peuvent aider à l'installation des jeunes médecins dans les Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : faculté de Médecine de Nice. Année : 2023

24. Orsi T. Missions des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) des Alpes Maritimes : mesures proposées et difficultés rencontrées [Thèse d'exercice]. [Nice, France] : faculté de Médecine de Nice. Année : 2024

25. Gilbert M. Les freins et les leviers à l'adhésion des médecins généralistes aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : étude de la CPTS du Comtat Venaissin (Vaucluse) [Thèse d'exercice]. [Marseille, France] : Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille. Année : 2021

26. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) : des inves8ssements en milliards pour qui, pourquoi, pour quels résultats. Novembre 2024. [En ligne]
Disponible sur : https://www.caducee.net/upld/2024/12/RAPPORT-CPTS-par-lUFMLS-novembre-2024.pdf

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Faculté de **médecine**
maïeutique et **sciences** de la **santé**
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ..... M R O U E H ..... Prénom : ..... Marc .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète

Signature originale :

À ..... Cormay ..... , le ..... 02/01/2025 .....

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE (CPTS) : QUELLES REPRESENTATIONS POUR LES INTERNES ET JEUNES MEDECINS GENERALISTES ? ET QU'EN DISENT LES MEDECINS PARTICIPANTS ?

RESUME :

Contexte : L'accès aux soins en France est de plus en plus difficile en raison du vieillissement de la population, des inégalités territoriales et de la demande croissante de soins, ce qui a conduit à une réorganisation profonde du système de santé. Cette transformation est marquée par la création des CPTS, avec un objectif de couverture territoriale étendue afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé publique.

Objectif : Bien que les CPTS soient présentées comme des outils essentiels pour améliorer l'accès aux soins, notre étude s'intéresse à évaluer les représentations qu'en ont les internes et jeunes médecins généralistes en Alsace, ainsi qu'à recueillir les avis des médecins déjà impliqués dans ces structures.

Méthodologie : Malgré une petite partie quantitative introductive, l'étude principale est une étude qualitative semi-dirigée, avec des entretiens menés auprès de 16 médecins et internes en médecine générale en Alsace, suivant un guide d'entretien prédéfini. Le recueil des données s'est déroulé entre juin 2023 et mars 2024, jusqu'à saturation des données. Le codage descriptif ouvert et l'analyse thématique ont été effectués manuellement à l'aide du logiciel Word.

Résultats : L'analyse des verbatims a permis de regrouper les résultats en six thématiques différentes. À travers ces résultats, notre étude relève une diversité de perceptions des médecins concernant les CPTS, se divisant en trois catégories : certains voient dans les CPTS un outil précieux pour améliorer l'accès aux soins, favoriser la coordination interprofessionnelle et soutenir l'installation des jeunes médecins, tandis que d'autres critiquent leur charge administrative et craignent une perte d'autonomie, les percevant parfois comme des outils politiques éloignés des réalités du terrain. Enfin, certains restent neutres, attendant des résultats concrets avant de se prononcer. Cette diversité d'opinions à l'égard des CPTS est principalement influencée par un manque d'information sur le mode de fonctionnement et les objectifs de ces structures.

Conclusion : Les CPTS représentent un enjeu clé pour l'avenir du système de santé et suscitent des débats au sein de la communauté médicale. Le manque d'information à leur sujet constitue un obstacle important à l'adhésion des médecins. Une communication claire et ciblée pourrait dissiper les doutes et favoriser leur engagement.

Rubrique de classement : Médecine générale.

Mots clés : médecin généraliste, Communauté Professionnel Territorial de Santé, CPTS, médecine générale.

Président :
Professeur ANDRES Emmanuel (PU-PH)

Assesseurs :
Docteur TRYNISZEWSKI Frédéric
Docteur SANSELME Anne-Elisabeth (MCA-MG)
Docteur BOURRICH Mohamed

Adresse de l'auteur : 6 impasse des garages, Cernay, 68700