



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2019-2020**

Une nouvelle forme d'exercice coordonné en soins primaires : l'expérimentation des ESP CLAP

Morgane ANGIBAUD

10 septembre 2020

*Sous la direction de
François-Xavier Schweyer*

R e m e r c i e m e n t s

Merci à Monsieur François-Xavier Schweyer,

d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir guidé grâce à ses précieux conseils.

Merci à Madame Marie-Renée Guével,

d'avoir accepté de présider le jury de ce mémoire et d'avoir accompagné, ma promotion et moi-même, dans ce master.

Merci à Mesdames Marine Rossignol et Maud Jourdain

de leur soutien sans faille et leur grande aide tout au long de ce travail. Merci à Julie et à l'ensemble du bureau de m'avoir accueilli au sein de leur association.

Merci à l'ensemble des professionnels interrogés

d'avoir partagé avec moi leur expérience et d'avoir rendu cette étude possible.

Merci à Emeline, Simon et Maman,

de m'avoir aidé à la rédaction de ce mémoire.

Merci, enfin, à toutes les personnes qui m'ont aidées et soutenues pendant cette reprise d'études, que ce soient les personnes que j'ai rencontrées cette année, les élèves de la promotion PSP, mes amis, ma famille et mon conjoint, Simon.

Sommaire

Introduction	1
1 Contexte de l'étude	3
1.1 Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle	3
1.1.1 Répondre au besoin de soins devenu plus important	3
1.1.2 Augmenter la qualité des soins	5
1.1.3 Répondre au changement de démographie des professionnels	6
1.1.4 Améliorer le bien-être des professionnels de santé	8
1.2 L'objet de l'étude : le dispositif ESP CLAP	9
1.2.1 Un dispositif ancré dans une organisation de territoire	9
1.2.2 Un dispositif innovant	11
1.2.3 Le rôle de l'association des ESP CLAP	14
2 Démarche et Méthodologie	15
2.1 Le contexte de l'évaluation	15
2.2 L'étude documentaire	16
2.3 La sélection des équipes	17
2.4 La conduite des entretiens et observations	18
2.4.1 Les entretiens semi-directifs	18
2.4.2 Les observations d'actions réalisées par les équipes	18
2.5 L'analyse des discours	19
3 Description de la population étudiée	21
3.1 L'étude documentaire	21
3.1.1 Les caractéristiques générales des équipes	21
3.1.2 La composition de l'équipe	22
3.1.3 Les actions réalisées	23
3.1.4 Les thématiques abordées	24
3.2 Les équipes sélectionnées	25
3.2.1 Équipe en Vendée, Hors Zone 1	26
3.2.2 Équipe en Loire-Atlantique, ZAC	27
3.2.3 Équipe en Maine-et-Loire, Hors Zone	27

3.2.4	Équipe en Loire-Atlantique, Hors Zone	28
3.2.5	Équipe en Sarthe, ZIP	29
3.2.6	Équipe en Vendée, Hors Zone 2	30
3.2.7	Équipe en Loire-Atlantique, ZIP.....	31
3.2.8	Équipe en Maine-et-Loire, ZIP.....	32
4	La genèse et la dynamique des équipes.....	33
4.1	La volonté de collaborer.....	33
4.2	Un projet initial de MSP	35
4.3	La découverte du dispositif ESP CLAP	35
4.4	L'adhésion au dispositif.....	36
4.5	La constitution et la composition de l'équipe.....	37
4.6	Le projet de santé.....	38
5	Les modalités concrètes de la collaboration.....	39
5.1	L'organisation de l'équipe	39
5.1.1	La formalisation des rôles	39
5.1.2	Un lieu défini	40
5.1.3	Les moyens de communication.....	40
5.1.4	Les actions réalisées	41
5.1.5	L'accompagnement des équipes.....	44
5.2	Les interactions entre les membres.....	45
5.2.1	Les rôles et responsabilités	45
5.2.2	Le partage de connaissances et de problèmes	45
5.2.3	L'horizontalité	46
5.2.4	L'évolution de l'équipe.....	47
6	Les effets du travail en collaboration.....	49
6.1	Des relations plus fortes entre les professionnels	49
6.2	Le sentiment d'une meilleure qualité des soins	49
6.3	La satisfaction des professionnels.....	50
7	Discussion.....	53
8	Conclusion	57

Liste des figures

Figure 1 : Densité des médecins en activité régulière tous modes d'exercice en 2017	7
Figure 2 : Carte des ESP CLAP sélectionnées.....	17
Figure 3 : Répartition des équipes en fonction de l'ancienneté (en mois)	21
Figure 4 : Répartition des équipes en fonction du nombre de professionnels.....	22
Figure 5 : Fréquence des actions depuis leur reconnaissance au 31 mars 2020	24
Figure 6 : Représentation géographique de l'équipe en Vendée, Hors Zone 1	26
Figure 7 : Représentation géographique de l'équipe en Loire-Atlantique, Hors Zone	28
Figure 8 : Représentation géographique de l'équipe en Sarthe, ZIP	29
Figure 9 : Représentation géographique de l'équipe en Vendée, Hors Zone 2	30
Figure 10 : Représentation géographique de l'équipe en Loire-Atlantique, ZIP.....	31
Figure 11 : Représentation géographique de l'équipe en Maine-et-Loire, ZIP	32

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des professionnels et des professions.....	22
Tableau 2 : Synthèse des équipes sélectionnées	25
Tableau 3 : Comparaison des résultats vis-à-vis de la bibliographie étudiée	55

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

APMSL : Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CDS : Centre de santé

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DMG : Département de Médecine Générale

EIAS : Événement indésirable associé aux soins

ETP : Éducation thérapeutique du patient

ESP : Équipe de soins primaires

ESP CLAP : Équipe de soins primaires coordonnée localement autour du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC : Zone d'action complémentaire

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

INTRODUCTION

« *Aucune profession ne possède à elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe des besoins de nombreux usagers des services de santé* » déclare le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité en santé (The Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2007). La collaboration interprofessionnelle est l'un des sujets phares de l'actualité dans le domaine de la santé. Elle est définie comme l'association, dans une optique de complémentarité, de plusieurs professionnels de santé, issus de différentes professions, travaillant ensemble avec les patients, les familles, les soignants et les communautés pour proposer une prise en charge optimale (D'Amour 1997).

Je me suis intéressée à ce sujet en 2016 lors de ma formation de docteur en pharmacie. Je décide alors de réaliser ma thèse d'exercice sur ce sujet, intitulée : « *La coopération interprofessionnelle : son intérêt et sa mise en œuvre* » (Angibaud, 2018). Destinée à l'officine, je m'intéresse particulièrement à la collaboration interprofessionnelle en soins primaires. Les soins primaires, appelés aussi soins de premier recours, sont définis comme étant le premier niveau de contact avec le système national de santé et comme étant au plus proche des lieux de vie et de travail.

En France, ces soins ont longtemps manqué de coordination entre les professionnels de santé. Depuis quelques années, ce sujet prend de plus en plus d'ampleur et on remarque une réelle volonté des pouvoirs publics à favoriser la collaboration interprofessionnelle en soins primaires avec notamment la loi de modernisation du système de santé de 2016, le plan « Ma Santé 2022 » sorti en 2018 et très récemment le Ségur de la Santé.

En septembre dernier, j'intègre le master Promotion de la Santé et Prévention à l'EHESP et décide de continuer à travailler dans ce domaine. Je décide alors de faire mon stage à l'association des Équipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient (ESP CLAP), dispositif expérimental favorisant la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels de premier recours. L'association me propose de participer à l'étude portant sur une partie de l'évaluation du dispositif.

Ce mémoire présentera l'étude menée pendant mon stage. Tout d'abord, sera exposé le contexte de l'étude avec les enjeux de la collaboration interprofessionnelle et la présentation du dispositif ESP CLAP. Ensuite, sera présentée la méthodologie utilisée pour l'étude, puis les résultats pour finir par la discussion et la conclusion.

1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

1.1 Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle

Depuis plusieurs années, un changement démographique de la population est observé, entraînant une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et donc l'augmentation des besoins en soins (Körner et al., 2016). Ce changement impose à nos systèmes de santé de s'adapter pour répondre à de nouveaux enjeux : améliorer la qualité de vie des patients, garantir l'accessibilité des soins à tous et assurer la qualité et la sécurité des soins (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Körner et al., 2016; Martín-Rodríguez et al., 2005). Parallèlement, l'évolution de nos systèmes de santé impacte sur les conditions de travail des soignants, faisant apparaître un enjeu supplémentaire : le bien-être des professionnels de santé (Bodenheimer & Sinsky, 2014).

L'interprofessionnalité apparaît comme une réponse à ces nouveaux enjeux. Plusieurs études montrent l'impact positif du travail en interprofessionnalité avec de meilleurs résultats dans la prise en charge de patients et dans la qualité des soins ; et des services de santé plus efficaces, plus efficaces et plus satisfaisants (D'Amour et al., 2005; Hall, 2005; Martín-Rodríguez et al., 2005; Reeves et al., 2013).

1.1.1 Répondre au besoin de soins devenu plus important

Au 1^{er} janvier 2020, plus d'une personne sur cinq en France a 65 ans ou plus (INSEE, 2020). En 2017, l'Institut national de la statistique et des études économiques estime que la population âgée va doubler entre 2013 et 2070 (INSEE, 2016; Ministère des affaires sociales et de la santé, Santé publique France, DREES, 2017). Ce vieillissement s'accompagne alors d'une croissance du nombre de patients atteints de pathologies chroniques. Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elle peut générer des incapacités, voire des complications graves. Les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle ou le diabète en sont des exemples (Ministère des solidarités et de la santé, 2020).

La forte progression des maladies chroniques a fait apparaître le concept de multimorbidité. Elle est définie par la coexistence d'au moins deux maladies chroniques, sans prise en compte de la gravité ni des corrélations entre les maladies. Il n'existe pas de méthode standardisée pour la mesurer ; néanmoins, il est prouvé que la multimorbidité augmente avec l'âge (Institut de veille sanitaire, 2014; Moreau-Gruet, 2013).

La multimorbidité ne représente qu'une faible proportion de la population mais est un poids important dans le système de santé car elle augmente l'utilisation des services de soins en fréquence et en nombre. C'est un élément complexe pour les professionnels de santé car il n'existe pas de recommandations concernant ces patients. En effet, la plupart du temps, ils ne sont pas inclus dans les essais cliniques. Pour appréhender la situation, les professionnels de santé doivent prendre en compte le patient dans son ensemble et entrer dans une démarche de prise en charge centrée sur le patient.

La multimorbidité impacte sur la qualité de vie du patient. En effet, dans la majorité des cas, les maladies chroniques ne mettent pas en jeu le pronostic vital à court terme, les patients doivent alors « vivre avec la maladie ». La qualité de vie du patient joue alors un rôle primordial dans sa prise en charge. Elle est définie comme : « *la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2020; OMS, s. d.). La qualité de vie n'est pas directement liée à l'état de santé du patient mais à la perception qu'il en a. Par cette définition, il est montré que la qualité de vie dépasse le cadre strictement biomédical et qu'elle concerne l'ensemble des acteurs gravitants autour du patient. La collaboration interprofessionnelle prend ainsi tout son sens. Les professionnels formés en équipe avec le patient, vont prendre en compte son avis ce qui permettra d'améliorer sa qualité de vie.

De plus, certains facteurs de risque sont communs à plusieurs maladies chroniques : obésité, tabac, alcool, inactivité, etc. La diminution de la prévalence des maladies chroniques est donc un enjeu majeur de santé publique, et passe par la promotion de la santé et la prévention (Comité interministériel pour la santé, 2018). La mise en œuvre d'un projet nécessite que les professionnels de santé travaillent ensemble pour prendre en compte tous les aspects de vie des patients.

1.1.2 Augmenter la qualité des soins

Selon l'Institut de médecine des États-Unis, la qualité des soins est : « *la capacité des services de santé [...] d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* » (IRDES, 2008). Le concept de qualité est multidimensionnel ; cinq domaines sont très largement décrits : l'efficacité, la sécurité, la réactivité, l'accès au bon moment et l'efficience.

Un indicateur d'une bonne qualité des soins est le nombre et la gravité des événements indésirables associés aux soins (EIAS). L'EIAS est défini, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), comme : « *un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie* » (Haute Autorité de Santé, 2015).

En 2013, l'Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (ESPRIT) a estimé la fréquence des EIAS à un tous les deux jours par médecin généraliste. Les EIAS surviennent généralement suite à un défaut d'organisation ou de communication, souvent en lien avec des conditions de travail en cabinet caractérisées par les phénomènes comme les interruptions de tâches et l'abondance d'informations non triées (Michel et al., 2014). En parallèle, la HAS a identifié les causes profondes des EIAS dont la première cause est le facteur lié à l'équipe. Au sein même de ce facteur, plusieurs causes sont identifiées dont notamment des problèmes de communication orale ou écrite dans 70 % des cas (Haute Autorité de Santé, 2015).

À travers ces études, on observe l'importance de la coopération interprofessionnelle pour répondre à cet enjeu. Par exemple, en 2013, le Haut conseil de la santé publique a inscrit le renforcement de la collaboration interprofessionnelle dans l'un de ses nouveaux objectifs pour développer la sécurité des patients (Haut Conseil de la Santé Publique, 2018). De plus, il est reconnu dans la littérature que la performance d'une équipe est indispensable pour prodiguer des soins de qualité (Manser, 2008).

En outre, la collaboration interprofessionnelle peut être une solution pour améliorer l'efficacité des soins. Dans les pays développés, on estime que 25 à 30 % des actes de soins sont inutiles et sans justification. Différents éléments sont mis en cause : les attentes fortes des patients et le principe de précaution qui peuvent conduire à prescrire des examens complémentaires peu utiles, de même que le cloisonnement du système de santé (ANAES France & Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, 2004; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017). Ce cloisonnement s'explique notamment par la multiplication de spécialistes et le manque de communication entre les différentes structures prenant en charge le patient. La coopération permet d'y répondre directement en améliorant les échanges entre professionnels de santé. Diminuer ces actes engendre une moindre survenue des EIAS, les traitements inadéquats et inappropriés étant tout autant porteurs de risques potentiels pour les patients (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017).

1.1.3 Répondre au changement de démographie des professionnels

Depuis de nombreuses années, le sujet de la démographie des professionnels est incontournable. Dès 2002, le rapport « Démographie des professions de santé » prévoyait un manque de professionnels de santé dans les années futures (Yvon Berland, 2002). Pour pallier cette problématique, il avait été décidé d'augmenter le *numerus clausus* et les quotas pour l'entrée dans les études de santé. Pourtant, une augmentation du nombre de professionnels de santé formés ne présume pas d'une augmentation des professionnels de santé libéraux. Les médecins en sont un exemple : le nombre de médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercices) a diminué de 7 % de 2010 à 2018 et depuis 2010, ils ont tendance à privilégier l'exercice salariat (+ 4 points) au détriment de l'exercice libéral (- 3,5 points) (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2018).

S'ajoute à la problématique du nombre, le souci de la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Une nouvelle fois, les médecins sont particulièrement observés. En 2017, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a établi une carte qui souligne les territoires en sous-densité de médecins généralistes (entouré en rouge ; Figure 1) :

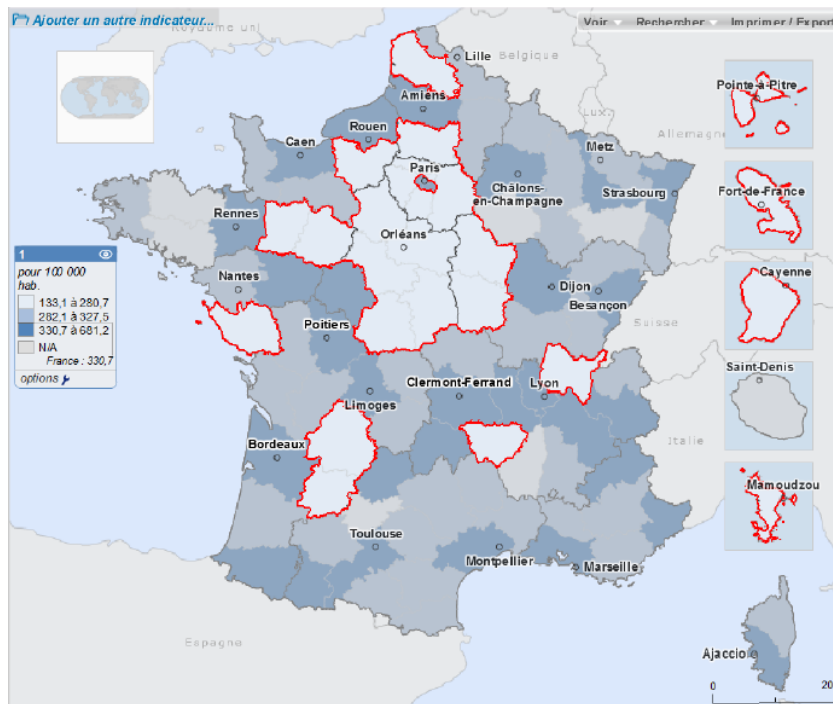


Figure 1 : Densité des médecins en activité régulière tous modes d'exercice en 2017 (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2017)

Parallèlement, les médecins sont de moins en moins accessibles. De 2012 à 2017, le délai d'attente dans les cabinets de médecins généralistes a doublé, passant de 4 à 8 jours (Long, 2017). Les patients se plaignent d'un délai d'attente trop long et d'un manque de disponibilité des professionnels de santé. Lorsque les Français sont dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical, ils cherchent en majorité à se tourner vers un autre professionnel de santé ou bien à consulter quelqu'un de plus éloigné géographiquement, certains vont aux urgences hospitalières tandis que d'autres renoncent aux soins ou ont recours à l'automédication (Institut français d'opinion publique & Jalma, 2012). Selon le rapport « Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires », 43 % des passages aux urgences pourraient être pris en charge en ambulatoire (Mesnier, 2018).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) détermine que la collaboration interprofessionnelle est une stratégie pour répondre à la pénurie des professionnels de santé, notamment les médecins en leur permettant de se libérer du temps pour en consacrer davantage aux patients (Gerber et al., 2018). La coopération professionnelle avec les nouvelles formes d'exercice coordonné est aujourd'hui un critère de choix pour les professionnels (Le Concours Médical, 2015).

1.1.4 Améliorer le bien-être des professionnels de santé

L'épuisement professionnel ou *burnout* est un sujet de plus en plus prégnant dans le monde de la santé. Il est défini comme « *un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* » (Haute Autorité de Santé, 2017). Longtemps mis de côté, il est de plus en plus étudié en particulier chez le médecin et les infirmiers. Ce phénomène s'explique notamment par une prise de conscience des conséquences du mal-être des soignants sur la qualité et la sécurité des soins.

Une revue systématique fait état d'une prévalence moyenne de *burnout* chez les médecins deux à trois fois plus élevée que dans les autres professions avec un impact négatif sur la qualité des soins, sur l'empathie des professionnels et sur la productivité au travail. Près de la moitié des médecins français sont sujets à un syndrome de *burnout* et 5 % ont un syndrome sévère de *burnout* avec des facteurs aggravants (Kansoun et al., 2019). Du côté des infirmiers, une étude de l'Ordre national des infirmiers, déclarent que 63 % des infirmiers souffrent d'un ou de plusieurs symptômes d'épuisement professionnel et près de 22 % envisagent de cesser leur activité (Ordre national des infirmiers, 2018).

Pourtant, certains facteurs sont identifiés comme influençant la satisfaction au travail : les salaires, les perspectives d'évolution, les conditions de travail, le soutien, les formations continues, les emplois du temps et les relations interprofessionnelles. Dans deux études portant sur la satisfaction au travail pour les infirmières, la relation avec le médecin est très importante. Une mauvaise relation provoque stress, frustration et colère (Chang et al., 2009; Dow et al., 2019). D'autres sources confirment ces propos : l'insuffisance de travail d'équipe est l'un des déterminants majeurs d'arrêts maladie, de la crainte de commettre des erreurs dans les soins et de la survenue d'événements violents (Estryn-Béhar, 2008).

Il est reconnu que l'efficacité d'une équipe interprofessionnelle influence positivement la satisfaction des professionnels de santé au travail, la reconnaissance de la contribution au travail et la santé. La collaboration interprofessionnelle a donc un impact sur les professionnels en améliorant la satisfaction des professionnels de santé et en limitant l'épuisement professionnel (Bilodeau et al., 2013; Körner et al., 2016).

1.2 L'objet de l'étude : le dispositif ESP CLAP

1.2.1 Un dispositif ancré dans une organisation de territoire

Dans ce travail, nous nous intéresserons aux formes d'exercice coordonné présentes dans les soins primaires incluant des professionnels libéraux. En 1978, l'OMS a défini les soins primaires comme "*des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.*" (Organisation Mondiale de la Santé, 1978). La loi Hôpital, Patients, Santé Territoires (HPST) de 2009 définit que « *ces soins comprennent :*

- *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- *L'éducation pour la santé. »* (Légifrance, 2009)

Début des années 2000, les réseaux de santé (Légifrance, 2002), les protocoles de coopération (Légifrance, 2009) et le dispositif Asalée (Fournier, 2018) sont les premières formes de coopération à émerger en France. En 2007, ce sont les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) puis sont créées en 2016 les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les Équipes de soins primaires (ESP). Les Centres de Santé (CDS) pluriprofessionnels sont également une forme d'exercice coordonné ; cependant, les professionnels sont salariés et non en exercice libéral (Code de la santé publique - Article L6323-1, 2009).

Aujourd'hui, les MSP, les CPTS et les ESP sont au cœur des politiques. Elles se forment à l'initiative des professionnels de santé et sont formalisées par un projet de santé écrit par ces mêmes professionnels.

A) Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

C'est en 2007 que la première définition des maisons de santé pluriprofessionnelles est apparue. Elle a ensuite été revue pour devenir celle-ci : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le*

respect d'un cahier des charges [...] » (Code de la santé publique - Article L6323-3, 2019). Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, les équipes de professionnels de santé d'une MSP sont définies comme des ESP (cf. Les Équipes de Soins primaires, p 11) (Légifrance, 2016).

Une MSP doit comprendre un minimum de trois professionnels de santé : deux médecins et un professionnel paramédical. En Pays de la Loire, l'Agence Régionale de Santé (ARS) impose ce nombre de quatre avec trois médecins et un professionnel paramédical (APMSL, s. d.-b). La coordination se réalise autour d'une patientèle commune.

Le projet de santé décrit les objectifs communs et les modalités d'amélioration du service aux patients : continuité des soins, prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, coopération interne et externe. Il détaille également la coordination pluriprofessionnelle : partage de l'information, réunions pluriprofessionnelles, etc. Le projet de santé doit respecter un cahier des charges national, sachant que certaines conditions peuvent varier d'une région à l'autre. Une MSP peut être mono-site, tous les professionnels de santé sont regroupés dans un même lieu ou multisite, les professionnels de santé exercent dans des lieux différents (AMELI, 2019).

Une fois le projet de santé validé par l'ARS, l'équipe est reconnue comme MSP et peut alors signer une convention avec l'Assurance Maladie pour percevoir les financements prévus dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, s. d.). Pour percevoir ces financements, l'équipe doit se constituer en une forme juridique spéciale : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) et respecter les conditions du cahier des charges. En Pays de la Loire, l'accompagnement des équipes est fait par l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel (APMSL) (APMSL, s. d.-a).

B) Les Communautés professionnelles territoriales de santé

Les CPTS ont été créés dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Légifrance, 2016). Dans le plan « Ma Santé 2022 » publié en 2018, Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, énonce qu'elle souhaite que l'ensemble du territoire français soit couvert par des CPTS d'ici 2022 (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). La CPTS intègre des professionnels de santé de ville, dont les ESP, les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux et les professionnels du social, les associations d'usagers, etc. Elle est constituée de plusieurs dizaines de professionnels.

Contrairement aux MSP, les CPTS s'organisent autour d'une approche populationnelle ; leur périmètre géographique se définit en fonction des organisations des parcours des patients. Le territoire de chaque CPTS ne correspond donc pas nécessairement à une entité géographique administrative existante ou à un contrat local de santé. Le projet de santé repose sur trois missions socles : accès aux soins (accès médecins traitants et réponse aux soins non programmés), organisation de parcours pluriprofessionnels et développement d'actions territoriales de prévention. Deux missions optionnelles peuvent être ajoutées : le développement de la qualité et de la pertinence des soins et l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (Légifrance, 2016).

Après validation du projet par l'ARS, la CPTS passe une convention avec l'Assurance Maladie et est rémunérée *via* l'ACI spécifique aux CPTS (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, s. d.). Contrairement aux MSP, il n'y a pas de structure juridique imposée. En Pays de la Loire, les équipes sont accompagnées par l'inter-URPS (URML, s. d.).

C) Les Équipes de Soins primaires

Les équipes de soins primaires ont été définies par la loi de modernisation de la santé. Une ESP est définie comme « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.* ». L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Légifrance, 2016). Aujourd'hui, deux modèles d'ESP sont pérennisés par un conventionnement avec l'Assurance Maladie : les CDS et les MSP.

1.2.2 Un dispositif innovant

A) La création du dispositif ESP CLAP

Le dispositif ESP CLAP est un dispositif expérimental basé en Pays de la Loire à destination des professionnels de premier recours. Elle permet le regroupement des professionnels de santé en ESP hors MSP et CDS.

Suite à la loi de modernisation du système de santé, l'Union régionale des Médecins Libéraux (URML) entame une réflexion sur la coordination des soins primaires hors MSP et CDS, rejointe ensuite par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Infirmiers Libéraux. Au printemps 2017, ces unions ont contractualisé avec l'ARS pour financer un poste permettant de modéliser un nouveau dispositif d'exercice coordonné sur la région. Cette modélisation a débuté par une enquête qualitative pour connaître la réalité des pratiques en termes de coordination des professionnels, les freins et leviers dans la mise en place d'un nouveau dispositif. Cette étude a été menée auprès de médecins et d'infirmiers en exercice libéral sur les cinq départements.

Les résultats de cette étude ont permis d'apporter les premières pistes pour établir le cahier des charges régional :

- Selon les professionnels de santé, ce dispositif doit rester souple afin de permettre aux équipes de proposer différents types de projets de santé et différentes façons de l'organiser.
- Les professionnels ne veulent pas de projet de santé trop lourd par manque de temps pour s'y consacrer. Ils souhaitent des trames d'aide à la création de leur projet tout en pouvant se l'approprier.
- Ils aimeraient avoir la possibilité de se regrouper autour de deux à trois professionnels et pouvoir agrandir l'équipe par la suite.
- Les professionnels ne souhaitent pas qu'il soit défini au préalable un nombre de réunions obligatoires par an.
- Ils sont intéressés par un financement individuel afin d'éviter la création d'une structure juridique pour recevoir ces financements.

Début 2018, le cahier des charges est établi avec l'ARS Pays de la Loire pour permettre la création du dispositif. Pour soutenir ce dispositif et réaliser la gestion administrative et financière, une association du même nom est créée. Elle intègre à ce moment-là, l'ensemble des URPS de la région (Médecins Libéraux, Infirmiers Libéraux, Pharmaciens, Masseurs-kinésithérapeutes, Chirurgiens-dentistes, Orthophonistes, Pédiatres-Podologues, Sages-femmes, Orthoptistes, et Biologistes). Le dispositif est entièrement soutenu par l'ARS via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour une expérimentation de deux ans sur la région.

B) Présentation du dispositif

Le dispositif ESP CLAP a pour objectif d'apporter une structure souple aux professionnels pour favoriser la collaboration interprofessionnelle, de formaliser et valoriser une coordination existante mais non-organisée. Elle peut éventuellement être considérée comme une première marche à un exercice coordonné de plus grande ampleur.

L'ESP CLAP doit au minimum être composée de deux professionnels de santé, dont au moins un médecin généraliste. Tout professionnel reconnu professionnel de santé dans le code de la santé publique peut faire partie d'une ESP CLAP. Un centre de santé monoprofessionnel peut également y prendre part. En outre, les professionnels de santé peuvent être membres de plusieurs ESP (hors MSP et CDS).

C'est l'existence d'un projet de santé autour d'une patientèle commune qui formalise la création d'une ESP CLAP (Annexe 1). Ce projet est rédigé par les professionnels de santé composant l'ESP CLAP et doit être signé par tous les membres. Le projet de santé doit à minima décrire :

- l'objet de l'ESP CLAP (amélioration apportée dans la prise en charge de la patientèle) ;
- les membres de l'ESP CLAP ;
- les engagements des professionnels sur les modalités du travail pluriprofessionnel ;
- le dispositif d'information sécurisé permettant le partage des données (au minimum, une messagerie sécurisée type MSSanté) ;
- les modalités d'évaluation de l'amélioration du service rendu.

Une fois le projet de santé rédigé, il est envoyé à l'association qui le relit, propose d'éventuelles modifications puis l'envoie à l'ARS pour qu'elle puisse reconnaître l'équipe. Pendant cette étape, l'équipe rencontre ou du moins a un contact avec l'animateur territorial de l'ARS.

Les ESP CLAP peuvent mettre en place plusieurs actions (description détaillée en Annexe 2) : réunions de concertation d'amélioration de pratique et de prise en charge sans patient, réunions de concertation en présence du patient, plans personnalisés de santé (PPS), protocoles pluriprofessionnels, protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins, actions de prévention et programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP). Pour les quatre premières actions, les professionnels sont indemnisés de manière individuelle et forfaitaire (rémunérations inscrites dans le projet de santé ; Annexe 1).

La constitution d'une ESP CLAP ne nécessite pas de structuration juridique particulière. Toutefois, si elles le souhaitent, les équipes peuvent se constituer en association loi 1901. Un regroupement de professionnels de santé sur un même site n'est pas nécessaire.

C'est un dispositif qui se veut facile à mettre en place, souple pour s'adapter à la pratique des professionnels et évolutif. Il valorise et formalise une coordination parfois déjà sous-jacente. Elle se distingue des autres dispositifs par une rémunération individuelle, une absence de structure juridique obligatoire ainsi que l'absence d'un coordinateur externe.

1.2.3 Le rôle de l'association des ESP CLAP

Pour soutenir le dispositif, une association régionale de loi 1901, du même nom, est créée. Elle a pour but :

- d'accompagner les professionnels de santé souhaitant s'organiser en ESP CLAP, pour la formalisation de leur projet de santé et leur structuration ;
- de recevoir les financements de l'ARS et les redistribuer aux professionnels membres des ESP CLAP selon les modalités définies dans le cahier des charges ;
- de participer à la promotion de l'exercice coordonné dans la région avec les partenaires ;
- de représenter les ESP CLAP dans les différentes instances régionales.

L'association est composée d'un bureau, d'un conseil d'administration (CA) et d'une assemblée Générale. Les membres constituant ces trois organisations sont des représentants des URPS et des représentants d'ESP CLAP. Le bureau est constitué de six professionnels : deux co-présidents (un médecin et une infirmière), une secrétaire et son adjoint (une infirmière et un médecin), une trésorière et son adjointe (un médecin et une diététicienne). De plus, une chargée de mission travaille à l'association pour accompagner le déploiement du dispositif ESP CLAP et une assistante administrative a été recrutée en novembre 2019 pour s'occuper de la gestion administrative et de la communication de l'association.

L'association ESP CLAP est en partenariat avec de nombreuses institutions notamment l'APMSL, la Confédération des centres de santé et des services de soins infirmiers (C3Si), le conseil régional des Pays de la Loire, les caisses départementales de l'Assurance Maladie et bien évidemment les URPS.

Au 31 juillet 2020, ce sont 51 équipes reconnues regroupant plus de 600 professionnels. En 2018, six équipes ont été reconnues, en 2019, ce sont 33 nouvelles équipes puis 12 équipes ont été reconnues en 2020. De plus, sept projets sont en attente de validation. Les équipes sont présentes dans les cinq départements avec une dominance en Loire-Atlantique, Vendée et Maine-et-Loire.

2 DEMARCHE ET METHODOLOGIE

Dans la partie précédente, nous avons vu l'intérêt du travail en collaboration interprofessionnelle en santé. Néanmoins, il reste à préciser les effets concrets et les processus de ces effets dans les modalités d'organisation françaises et notamment dans le contexte singulier du dispositif expérimental ESP CLAP.

2.1 Le contexte de l'évaluation

L'évaluation se porte sur les effets de l'exercice coordonné en soins primaires sur la santé des patients, sur les procédures de soins et sur l'usage du système de santé. Cette évaluation se structure en trois parties :

- une revue de littérature ;
- une analyse des effets sur la santé et les parcours de soins à partir des données issues des bases de l'Assurance Maladie. Au-delà de la question de la forme spécifique du dispositif, c'est l'opportunité de documenter plus largement les effets de l'exercice coordonné dans toutes ces formes ;
- et une études sur les pratiques concrètes, les processus et les effets organisationnels spécifiques au dispositif ESP CLAP qui fait l'objet de ce travail.

Le comité de pilotage est constitué de l'association des ESP CLAP qui coordonne la réalisation de l'étude en lien avec le département de médecine générale (DMG) de l'Université de Nantes, l'Assurance Maladie et l'ARS Pays de la Loire. Des partenaires participent également à l'évaluation : les membres des URPS (membres du CA), France Asso Santé et l'APMSL.

Lors de mon stage, j'ai la charge de la partie qualitative de l'étude. Initialement, portée par le comité de pilotage, l'ARS décide, au début du mois de mars, de son externalisation avec des objectifs modifiés. Néanmoins, il est décidé de maintenir le stage en gardant les objectifs initiaux ; l'évaluation sera alors complémentaire de celle réalisée par un auditeur externe. Initialement prévue au printemps, l'évaluation portée par l'ARS est reportée à la rentrée en raison de la crise sanitaire en lien avec la pandémie de COVID-19.

Pour cette étude, la problématique est la suivante : « Comment les professionnels de santé organisent-ils le travail en collaboration interprofessionnelle au sein des ESP CLAP et quelles sont les effets sur leurs pratiques ? ».

L'étude se déroule en trois étapes : la réalisation d'une étude documentaire, la sélection des équipes, puis la conduite des entretiens semi-structurés et des observations auprès des équipes. Pendant cette mission, je suis accompagnée par mes deux maîtres de stage : Marine Rossignol, chargée de mission de l'association des ESP CLAP et Maud Jourdain, médecin généraliste, chercheuse au DMG et membre d'une ESP CLAP.

2.2 L'étude documentaire

Les objectifs de l'étude documentaire ont été de comprendre comment les équipes se constituent, comment elles fonctionnent et s'il existe différents profils d'équipe identifiables. Les résultats avaient pour vocation à être mobilisés pour la sélection des équipes et apportaient les premiers éléments d'analyse.

Il a été décidé d'inclure seulement les équipes en fonctionnement depuis plus de six mois à compter de la date de validation par l'ARS Pays de la Loire. En effet, ce délai permet que les équipes aient réalisé plusieurs actions et d'avoir donc suffisamment de données pour l'étude. Cela représente 27 équipes au 31 mars 2020.

Les données recueillies ont été issues des projets de santé rédigés par les équipes et des justificatifs d'action, documents collectés quotidiennement par l'association. Ont été étudiées dans un premier temps les caractéristiques générales des équipes (département, zone, ancienneté), puis la composition de l'équipe (taille, professions représentées), l'écriture du projet, les actions réalisées et enfin les thématiques abordées dans les projets de santé et les protocoles.

Une analyse descriptive des équipes et de leurs caractéristiques a été menée. Des associations statistiques entre variables ont été recherchées. L'analyse a été effectuée sur les logiciels Excel® et R®. Étant donné la petite taille des échantillons, les résultats ont été obtenus par des tests non-paramétriques (Annexe 3). De plus, une analyse à composante multiple a été réalisée pour répondre à la question de l'existence de profils identifiables.

2.3 La sélection des équipes

Au terme de l'étude documentaire, la sélection d'équipes a été faite en prenant en compte leurs caractéristiques générales, leur composition et leurs actions réalisées. Huit équipes aux profils variés ont été sélectionnées. Ces équipes ont été contactées par un e-mail leur annonçant qu'elles ont été choisies pour participer à l'étude et que d'autres e-mails individuels seront envoyés à certains membres pour réaliser un entretien individuel.

Après le lancement des premiers entretiens, une équipe n'a pas répondu à l'appel. Ses membres ont répondu négativement ou n'ont pas apporté de réponse malgré les relances. Il a alors décidé d'exclure cette équipe et d'en intégrer une nouvelle avec des caractéristiques similaires.

Au final, ont été sélectionnées deux équipes en Vendée, trois équipes en Loire-Atlantique, deux en Maine-et-Loire et une en Sarthe (Figure 2). Aucune équipe mayennaise ne figure dans notre sélection car aucune des 27 équipes avec plus de six mois de fonctionnement n'était implantée en Mayenne.

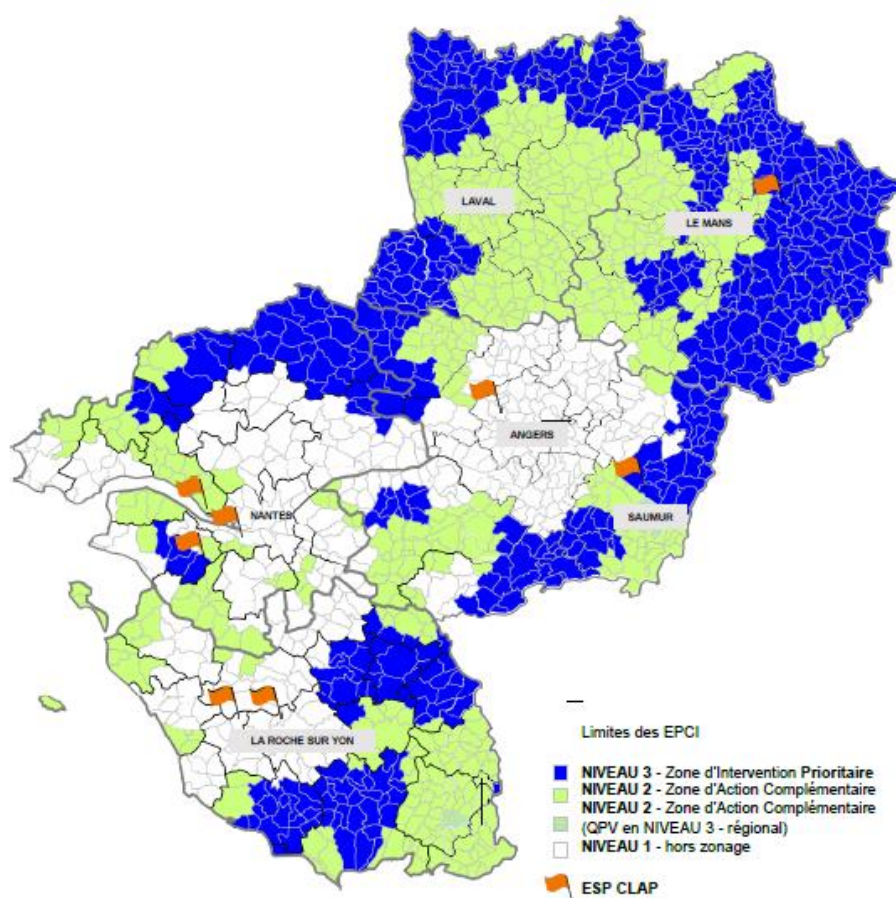


Figure 2 : Carte des ESP CLAP sélectionnées

2.4 La conduite des entretiens et observations

2.4.1 Les entretiens semi-directifs

Pour chaque équipe, deux entretiens ont été réalisés, ce qui fait un total de 16 entretiens. Le choix des personnes interrogées s'est fait en veillant à varier les profils et les professions. Les personnes sélectionnées ont reçu un e-mail pour leur proposer de participer à un entretien. En cas de non-réponse, une relance par téléphone était faite. Au total, ce sont 27 professionnels qui ont été sélectionnés avec deux sans réponses et quatre refus, plus une équipe non incluse.

Les entretiens ont duré en moyenne 25 minutes, allant de 20 à 45 minutes. Ils ont eu lieu en visioconférence ou par téléphone excepté un de *visu*. Parmi les 16 professionnels, cinq sont des médecins généralistes, cinq des infirmiers diplômés d'État (IDE), trois des masseurs-kinésithérapeutes, deux des pharmaciens et un orthophoniste.

Le guide d'entretien et un exemple d'entretien individuel se trouvent respectivement en annexe 4 et 5.

2.4.2 Les observations d'actions réalisées par les équipes

Pour compléter les informations obtenues lors des entretiens individuels, des observations d'équipes ont été menées (exemple en annexe 6). Elles avaient pour but d'identifier une part des interactions entre les membres et de comprendre plus finement l'organisation de l'équipe. Il a été demandé aux équipes d'observer leur prochaine action ; elles nous ont invités à leur réunion de concertation d'amélioration des pratiques et des prises en charges sans patient.

En raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, ces observations ont pu être envisagés seulement à partir de juin. Les équipes ont été contactées à ce moment-là par e-mail avec une relance par téléphone si nécessaire. Lors des vacances d'été, certaines équipes ne réalisent pas de réunions, entraînant ainsi une concentration des observations au mois de juin. Au total, quatre équipes sur les huit ont été observées. Parmi ces observations, deux ont été effectuées par visioconférence et deux en présentiel.

2.5 L'analyse des discours

Le travail est porté par trois chercheuses impliquées dans le dispositif ESP CLAP :

- Marine Rossignol, chargée de mission de l'association et présente depuis la modélisation du dispositif avant même la création de l'association ;
- Maud Jourdain, maître de conférences associé à l'Université de Nantes et médecin généraliste membre d'une ESP CLAP depuis début 2020 ;
- moi-même, pharmacienne d'officine qui lors de ma pratique a initié un projet d'ESP CLAP en Vendée.

Fort de notre expertise, nous avons pris conscience des limites que cela peut apporter à l'étude. Nous nous sommes donc donné les moyens pour les éviter : objectiver par une étude documentaire, un nombre d'entretiens suffisant afin d'éviter les surinterprétations et un appui de la littérature. De plus, le guide d'entretien provient d'une réflexion des membres du comité de pilotage, ce qui dépasse le cadre des trois chercheuses.

Convaincues du dispositif, nous avons néanmoins veillé à faire émerger d'éventuelles difficultés dans les discours et à adopter une attitude neutre pour l'interprétation des données recueillies.

L'objectif de cette analyse est d'identifier les facteurs communs entre les équipes. Pour répondre à la problématique, l'analyse thématique est justifiée car elle permet de regrouper les caractéristiques citées dans les entretiens et de comprendre les processus d'équipe (Quivy & Campenhoudt, 2005).

3 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

3.1 L'étude documentaire

3.1.1 Les caractéristiques générales des équipes

La répartition des équipes par département est la suivante : 11 équipes en Loire-Atlantique (41 %), huit en Vendée (30 %), six en Maine-et-Loire (22 %) et deux en Sarthe (7 %). Aucune équipe n'est basée en Mayenne.

En 2017, l'ARS Pays de la Loire a établi une carte de Zonage Médecin (Figure 2, p 17). Cette carte définit trois types de zones : zone d'intervention prioritaire (ZIP), zone d'action complémentaire (ZAC) et hors zone. En 2018 et 2019, l'ARS n'imposait pas de politique concernant le zonage pour la création des équipes mais incitait l'implantation d'ESP CLAP dans les zones les plus fragiles. Dans l'échantillon, six équipes sont en ZAC et cinq en ZIP, ce qui représente 41 % de l'ensemble, le reste sont situés en hors zone.

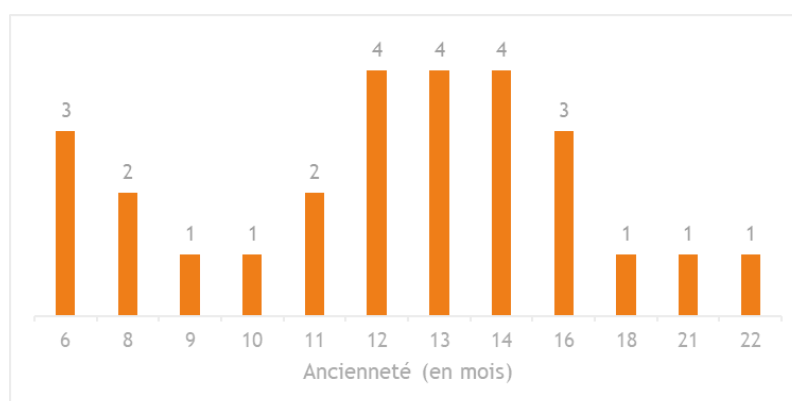


Figure 3 : Répartition des équipes en fonction de l'ancienneté (en mois)

Concernant l'ancienneté, 15 équipes (56 %) ont une ancienneté comprise entre 12 et 18 mois, neuf équipes (33 %) ont une ancienneté entre 6 et 12 mois et trois équipes ont plus de 18 mois d'ancienneté (11 %) (Figure 3). La moyenne d'ancienneté des équipes est de 12,6 mois (*médiane* = 13) (Figure 3).

Les trois équipes les plus anciennes sont vendéennes et comprennent chacune entre 10 et 15 professionnels. Cependant, on ne montre pas de différence significative d'ancienneté quel que soit le département ou la zone étudiée.

3.1.2 La composition de l'équipe

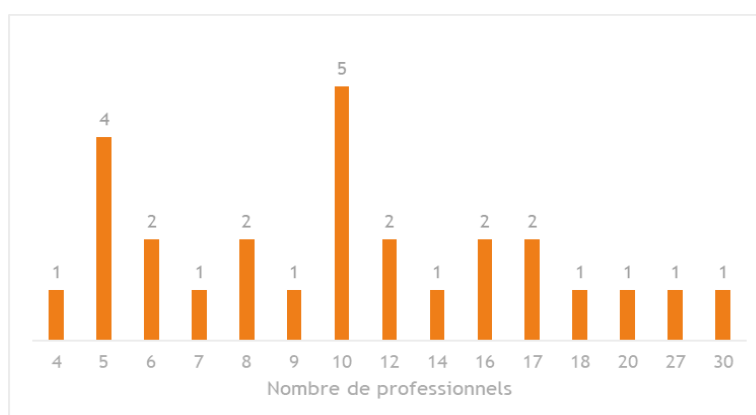


Figure 4 : Répartition des équipes en fonction du nombre de professionnels

La taille de l'équipe est représentée par la figure 4 : 11 équipes (41 %) comprennent entre deux à neuf professionnels, huit équipes (29,5 %) comprennent entre 10 et 15 professionnels et huit équipes (29,5 %) comprennent plus de 15 professionnels (Figure 4). En moyenne, les équipes sont composées de 11,7 professionnels (*médiane = 10*).

Il n'est pas mis en évidence de différence significative de taille d'équipe quel que soit le département ou la zone étudiée. De plus, aucune association statistique entre l'ancienneté et la taille de l'équipe n'est constatée.

Tableau 1 : Répartition des professionnels et des professions

	<i>Nombre d'équipes où la profession est présente</i>	<i>Nombre de professionnels</i>	<i>Moyenne de professionnels par profession par équipe</i>
Médecin généraliste	Obligatoire	80	3,0
IDE	25	120	4,8
Pharmacien	16	30	1,9
Masseur-kinésithérapeute	15	46	3,1
Podologue	8	11	1,4
Orthophoniste	8	14	1,8
Diététicien	5	5	-
Chirurgien-dentiste	4	4	-
Psychomotricien	2	4	-
Sage-femme	2	2	-
Ergothérapeute	1	1	-
Orthoptiste	1	1	-

Les IDE (38 %) sont les professionnels les plus nombreux dans les ESP CLAP, suivis des médecins généralistes (25 %), des masseurs-kinésithérapeutes (15 %) puis des pharmaciens (9 %). Les autres professions sont peu représentées : orthophoniste, podologues-pédicures, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, diététiciens, psychomotriciens, ergothérapeutes et orthoptistes. Les biologistes ne sont pas présents dans ces équipes (Tableau 1).

En moyenne, 4,2 professions différentes sont présentes dans une équipe (*médiane* = 5). En s'intéressant au nombre d'équipes où la profession est présente au moins une fois, une différence dans le classement est constatée. Bien évidemment, les médecins généralistes sont présents dans toutes les équipes car ils sont une condition nécessaire pour la constitution de celles-ci. Les IDE sont en deuxième position. Les pharmaciens arrivent en troisième position devant les masseurs-kinésithérapeutes. Ces basculements s'expliquent par le fait que lorsque les masseurs-kinésithérapeutes sont présents, ils le sont en plus grand nombre au sein d'une même équipe, de même pour les IDE (Tableau 1).

Il est remarqué que les équipes composées de deux professions sont exclusivement composées de médecins et d'infirmiers.

En Pays de la Loire, pour constituer une MSP, un minimum de trois médecins généralistes est requis. À la création de l'ESP CLAP, 16 équipes (59 %) étaient constituées de trois médecins ou plus.

3.1.3 Les actions réalisées

Dans les actions, nous allons étudier les réunions de concertation d'amélioration des pratiques et des prises en charge sans patient, les réunions de concertation en présence du patient, les protocoles pluriprofessionnels, les PPS et les actions de prévention. À ce jour, aucune équipe n'a mené de programmes d'ETP et de protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins.

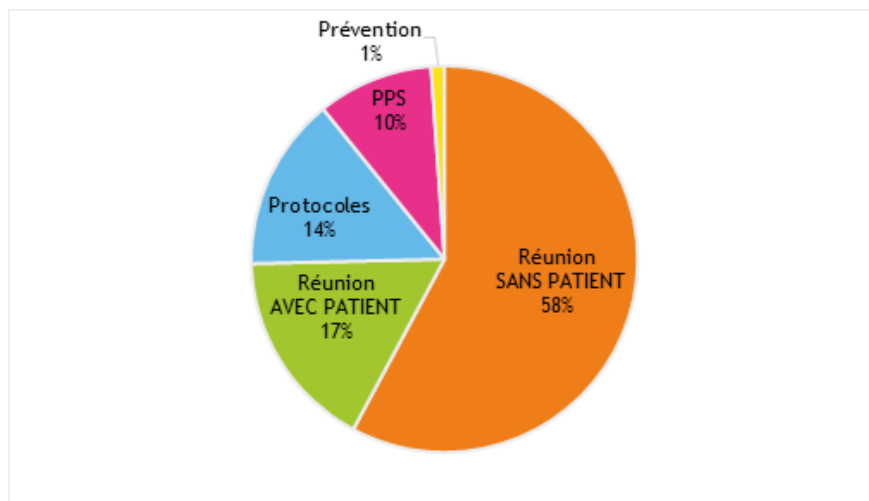


Figure 5 : Fréquence des actions depuis leur reconnaissance au 31 mars 2020

Les réunions de concertation sans patient sont les plus réalisées avec en moyenne 6,8 réunions par équipe (*médiane* = 6). Il existe un plafond dans la rémunération des réunions de concertations, avec ou sans patients. Parmi les 23 équipes ayant réalisé une réunion de concertation sans patient, trois équipes (11 %) ont atteint le plafond de 10 réunions par année. Concernant les réunions de concertations avec patient, aucune des 12 équipes n'a atteint le plafond limite de 12 réunions annuelles.

Deux équipes reconnues par l'ARS n'ont pour le moment mené aucune action. Cinq équipes n'ont réalisé qu'un seul type d'action, sept équipes ont réalisé deux types d'actions, cinq équipes ont réalisés trois types d'actions et enfin huit équipes ont réalisés quatre types d'actions.

L'analyse des correspondances multiples n'a pas abouti à l'identification de profils et donc de la mise en évidence de caractéristiques discriminantes parmi celles étudiées au sein des équipes.

3.1.4 Les thématiques abordées

De nombreuses thématiques sont abordés par les équipes dans leur projet de santé. Les plus récurrentes (citées plus de 10 fois ; en nombre décroissant) sont : le diabète, le maintien à domicile, la sortie d'hôpital, les plaies chroniques, les anticoagulants, les maladies cardiovasculaires, la polymédication/iatrogénie et les patients complexes.

Les thématiques des protocoles sont majoritairement (citées plus de 5 fois) : les anticoagulants, le diabète, les plaies et la vaccination.

3.2 Les équipes sélectionnées

Huit équipes sont sélectionnées pour participer à l'étude. Elles ont des profils variés selon la taille, l'ancienneté, le nombre de professions ainsi que par leurs actions réalisées. Après une rapide synthèse sous forme de tableau, une description détaillée des équipes sélectionnées est présentée. Les données utilisées pour cette partie sont du 1^{er} août 2020.

Nous précisons ici qu'il n'est pas ressorti dans les résultats un profil de professionnels en fonction de leur profession ou de leur genre.

Tableau 2 : Synthèse des équipes sélectionnées

	Nombre de professionnels	Nombre de professions	Ancienneté (en mois)	Nombre de types d'actions
Équipe en Vendée, Hors Zone 1	14	7	22	4
Équipe en Loire-Atlantique, ZAC	4	2	20	2
Équipe en Maine-et-Loire, Hors Zone	5	2	12	0
Équipe en Loire-Atlantique, Hors Zone	10	2	17	4
Équipe en Sarthe, ZIP	6	5	18	3
Équipe en Vendée, Hors Zone 2	21	4	18	4
Équipe en Loire-Atlantique, ZIP	13	6	12	3
Équipe en Maine-et-Loire, ZIP	17	5	13	1

3.2.1 Équipe en Vendée, Hors Zone 1

L'équipe est située en Vendée, en Hors-Zone. Reconnue en septembre 2018, elle est la troisième équipe à devenir ESP CLAP depuis la création du dispositif. Elle est composée de 14 professionnels avec plusieurs professions : quatre médecins généralistes, quatre IDE, deux masseurs-kinésithérapeutes, une sage-femme, un dentiste, une diététicienne et une pédicure-podologue. Sont inclus également dans l'équipe des professionnels qui ne sont pas reconnus comme professionnels de santé par le code de santé publique (Légifrance, 2020) : deux ostéopathes et une psychologue. Un des professionnels est co-président du bureau de l'association ESP CLAP.

Depuis sa création, cinq membres sont partis : deux médecins, une diététicienne, une orthophoniste et une IDE Asalée ; et de nouveaux membres sont entrés : des médecins, une nouvelle diététicienne, une IDE Asalée, une psychologue et un ostéopathe.

Les professionnels sont localisés dans la même ville et sont assez proches, à moins de 300 mètres les uns des autres (Figure 6). Un pôle de santé réunissant la moitié des professionnels de l'équipe se trouve face au cabinet des médecins.

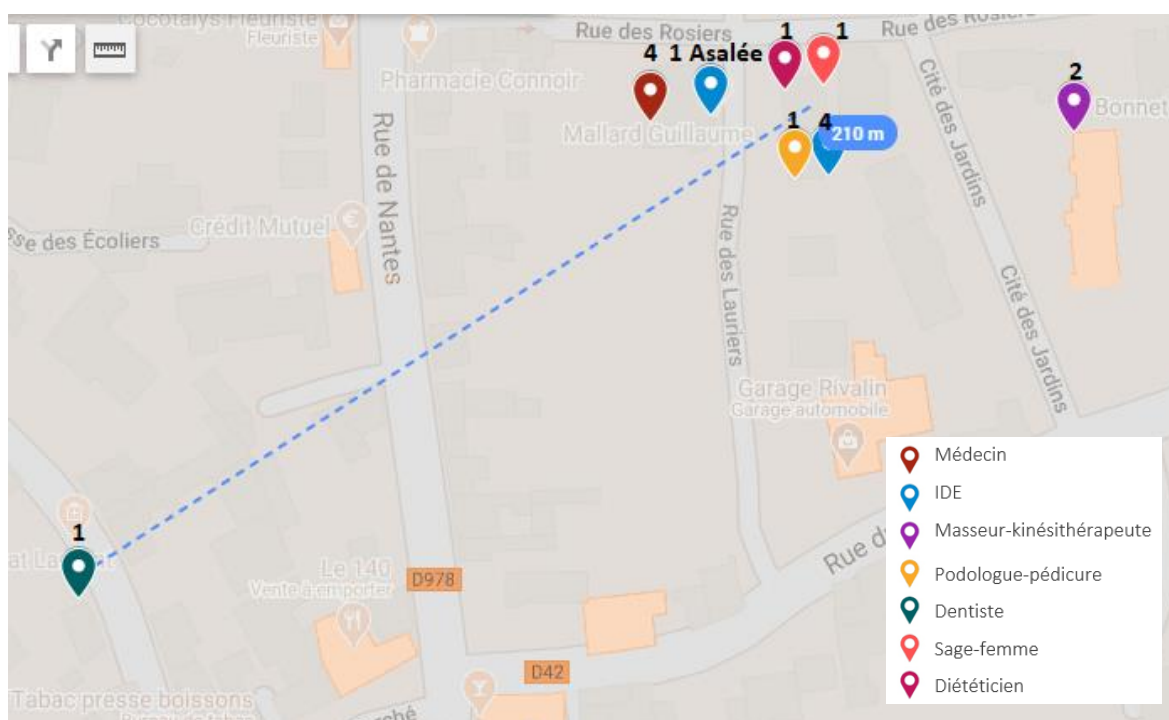


Figure 6 : Représentation géographique de l'équipe en Vendée, Hors Zone 1

Ils ont réalisé quatre types d'actions : 12 réunions de concertation sans patient, trois réunions avec patients, deux PPS et un projet de prévention. C'est la seule équipe sélectionnée avec un projet de prévention.

L'équipe est née de la volonté de créer le projet de prévention, porté initialement par l'orthophoniste et la diététicienne, parties depuis. Seulement une partie de l'équipe participe activement au projet. Le médecin investi dans le bureau de l'association ESP CLAP est cité comme animateur des réunions et une des masseurs-kinésithérapeute dit dans l'entretien envoyer la convocation et écrire les comptes-rendus des réunions. Le médecin animateur est impliqué au sein de l'URML, au sein d'un syndicat de médecin et dans la constitution de la CPTS de son territoire. Nous ne connaissons pas l'investissement des autres professionnels.

3.2.2 Équipe en Loire-Atlantique, ZAC

C'est une équipe de Loire Atlantique situé à 30 min de Nantes, considéré en ZAC. Reconnue en novembre 2018, elle est composée de deux médecins et de deux IDE. De plus, une dentiste va prochainement intégrer l'équipe. Un des professionnels est nouvellement membre du bureau de l'association des ESP CLAP.

Ils exercent dans un même bâtiment, financé par la mairie avec d'autres professionnels de santé. Avec ces derniers, ils avaient initialement un projet de MSP et se sont constitués en SISA ; cependant, le projet de MSP n'a pas abouti.

Lors de l'écriture du projet de santé, tous les professionnels ont participé. Avant la reconnaissance en ESP CLAP, ils avaient déjà pour habitude de réaliser des réunions entre professionnels. Ils ont réalisé 10 réunions de concertation sans patient et un protocole sur les plaies. Le professionnel membre du bureau est considéré comme le secrétaire des réunions.

3.2.3 Équipe en Maine-et-Loire, Hors Zone

Équipe de Maine-et-Loire, elle est située en hors zone. Cette équipe n'a pas été initialement choisie, elle vient remplacer l'équipe exclue au cours de l'étude. Reconnue en juillet 2019, elle est composée de cinq professionnels : un médecin et quatre IDE. Ils sont tous en exercice dans les mêmes locaux.

Tous les professionnels ont participé à l'écriture du projet. Depuis leur reconnaissance, aucune action n'a été recensée au niveau de l'association et donc indemnisée. Néanmoins, ils parlent lors des entretiens, de réunions de concertation sans patient. Le médecin et une infirmière sont considérés comme moteurs.

3.2.4 Équipe en Loire-Atlantique, Hors Zone

C'est une équipe de Loire-Atlantique, en hors zone, reconnue en février 2019. Dans la commune, une deuxième ESP CLAP co-existe, reconnue un mois plus tard. L'équipe est composée de 10 professionnels : quatre médecins et six infirmiers. Les quatre médecins sont regroupés dans un seul cabinet, les infirmiers dans deux cabinets différents (Figure 7).

Initialement, un seul cabinet infirmier était inclus dans l'ESP CLAP, le deuxième cabinet faisant partie de l'autre ESP CLAP. Étant donné que les infirmiers travaillent indépendamment avec l'un ou l'autre des cabinets médecins, chaque cabinet a rejoint l'ESP CLAP dont il ne faisait pas partie.

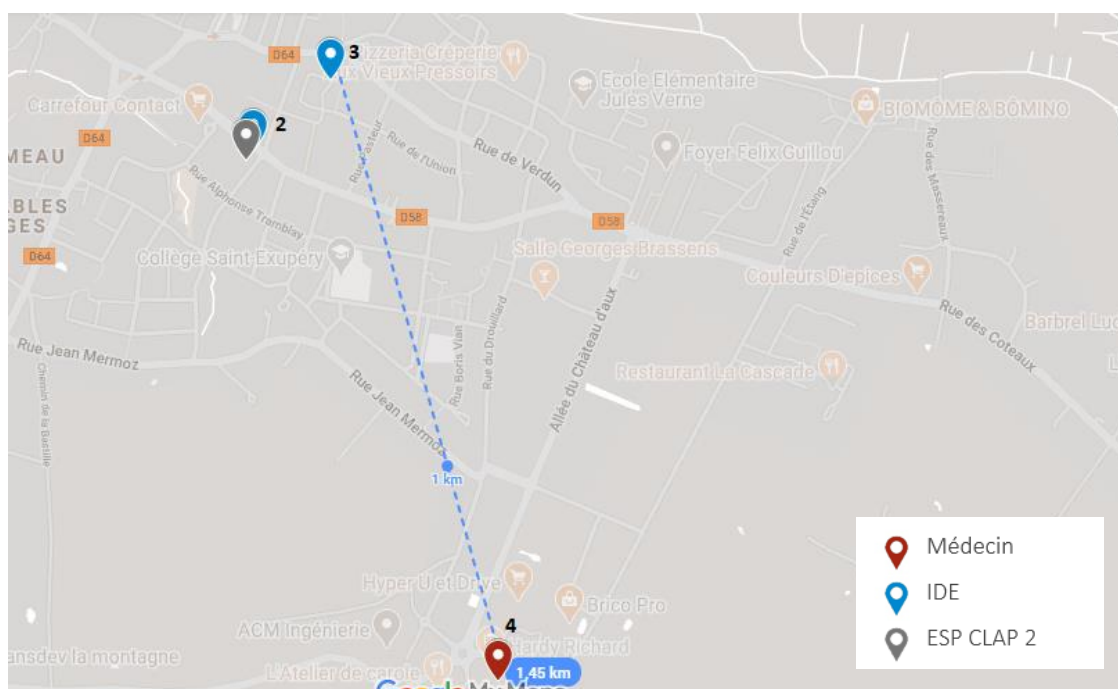


Figure 7 : Représentation géographique de l'équipe en Loire-Atlantique, Hors Zone

Toute l'équipe a participé à l'élaboration du projet de santé. Ils ont réalisé quatre types d'actions : sept réunions de concertation sans patient, neuf réunions en présence du patient, quatre protocoles et un PPS. Ils ont réalisé la première action après trois mois d'existence. Le médecin initiateur du projet est une personne qui a déjà été investie dans de nombreuses organisations.

3.2.5 Équipe en Sarthe, ZIP

Première équipe de la Sarthe reconnue, elle est située en ZIP. Elle a été créée en janvier 2019 et est composée de six professionnels : un médecin généraliste, un pharmacien, deux IDE, un masseur-kinésithérapeute et une podologue. Initialement, ils étaient huit : un médecin généraliste est parti en retraite et une diététicienne a quitté le secteur.

Ils sont tous dans les mêmes locaux sauf le pharmacien qui se situe à environ 100 mètres (Figure 8).

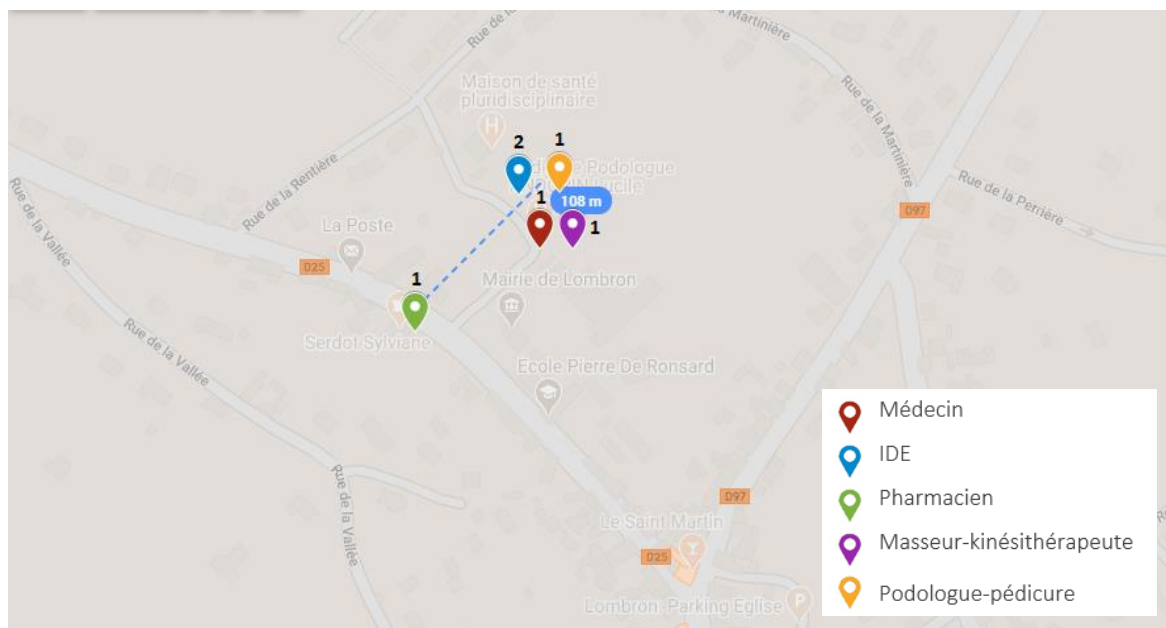


Figure 8 : Représentation géographique de l'équipe en Sarthe, ZIP

Tous les professionnels ont participé à l'écriture du projet de santé. Ils ont réalisé trois types d'actions : neuf réunions de concertation sans patient, trois protocoles et deux PPS. Une infirmière a le rôle de secrétaire et fait le lien avec l'association ESP CLAP, accompagnée quand elle est disponible du médecin.

3.2.6 Équipe en Vendée, Hors Zone 2

C'est une équipe vendéenne reconnue en janvier 2019, située en hors zone. Elle comprend 21 professionnels : quatre médecins généralistes, un pharmacien, six IDE et dix masseurs-kinésithérapeutes.

Les médecins, les IDE et quelques masseurs-kinésithérapeutes exercent dans le Pôle santé, structure initiatrice du travail en interprofessionnalité ; les autres professionnels sont dispersés dans la commune (Figure 9).

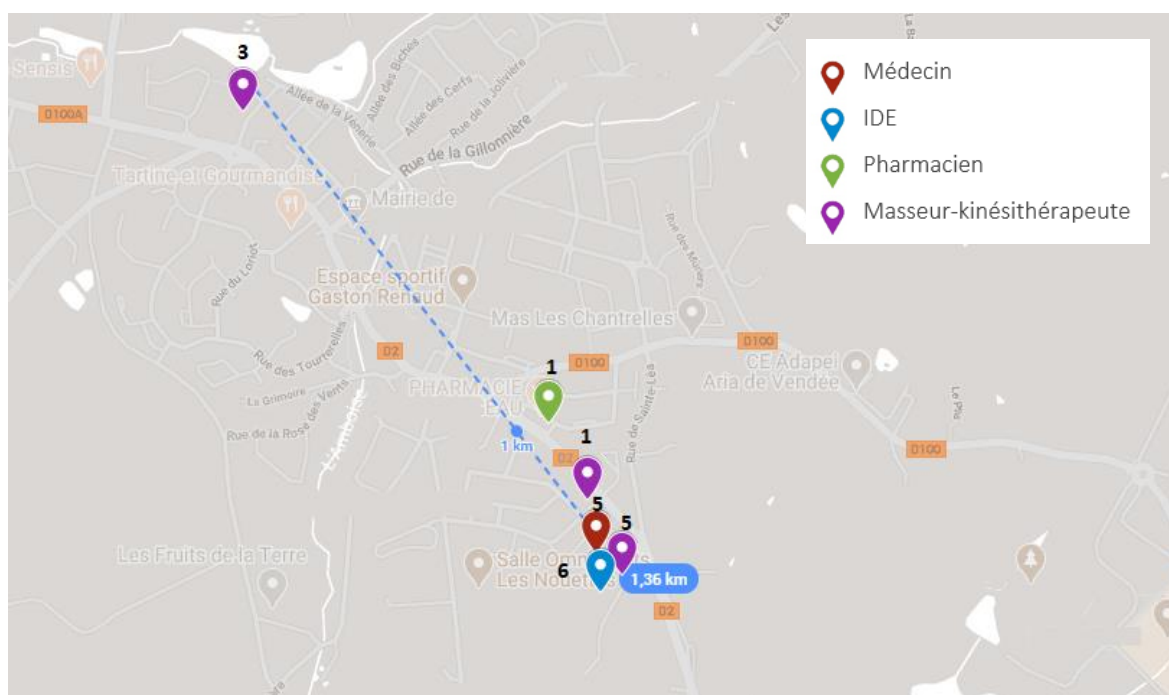


Figure 9 : Représentation géographique de l'équipe en Vendée, Hors Zone 2

Seulement quelques professionnels ont été impliqués dans l'écriture du projet de santé avec au moins un représentant de chaque profession. Ils ont réalisé quatre types d'actions : 13 réunions de concertation sans patient, quatre réunions avec patients, quatre protocoles et trois PPS. Les actions sont très souvent réalisées à l'initiative d'un médecin qui a été à l'origine du projet.

3.2.7 Équipe en Loire-Atlantique, ZIP

C'est une équipe située en Loire-Atlantique en ZIP, reconnue depuis juillet 2019. Elle a une composition singulière ; on ne retrouve pas le binôme médecin-infirmier et il n'y a ni pharmacien, ni masseur-kinésithérapeute. Elle est composée de 13 professionnels : deux médecins généralistes, cinq orthophonistes, deux psychomotriciennes, une ergothérapeute, une diététicienne et une orthoptiste. Sont inclus également dans l'équipe des professionnels qui ne sont pas reconnus comme professionnels de santé par le code de santé publique (Légifrance, 2020) : une neuropsychologue, une psychologue clinicienne, un éducateur technique spécialisé et une art-thérapeute. Ils sont regroupés autour de la thématique des troubles neurodéveloppementaux de l'enfant.

Les professionnels sont situés sur trois communes différentes. La majorité des professionnels travaillent dans un même bâtiment dans la première commune. Un des médecins et une orthophoniste sont situés dans une commune voisine. Le deuxième médecin, ajouté à l'équipe après la rédaction du projet de santé, exerce dans une troisième commune (Figure 10).

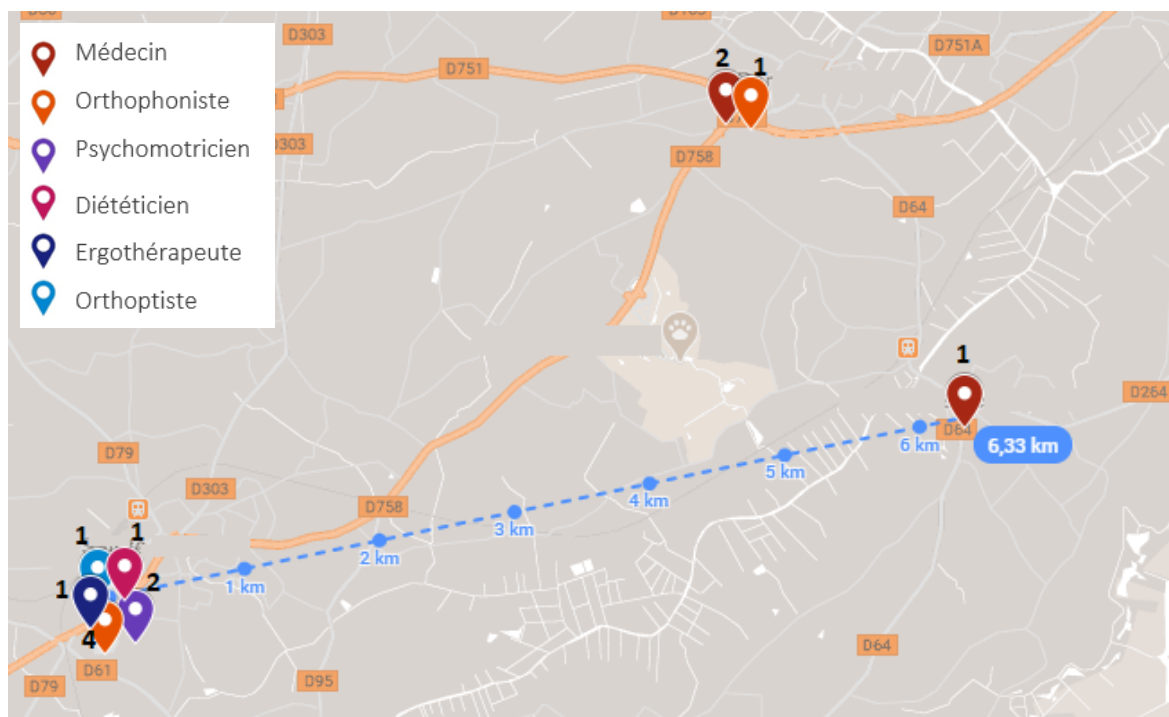


Figure 10 : Représentation géographique de l'équipe en Loire-Atlantique, ZIP

Ils ont réalisé trois types d'actions : une réunion de concertation sans patient, une réunion en présence de patients et deux PPS. Ce sont le médecin et un orthophoniste qui sont à l'initiative du projet. L'orthophoniste fait le relais entre les médecins et le cabinet où sont présents la majorité des professionnels. C'est une équipe impliquée dans le projet de la CPTS de leur territoire.

3.2.8 Équipe en Maine-et-Loire, ZIP

Équipe en Maine-et-Loire, située en ZIP, reconnue depuis juin 2019. Elle est composée de 17 professionnels : deux médecins, trois pharmaciens, neuf IDE, deux masseurs-kinésithérapeutes et un podologue.

Ils sont situés sur trois communes différentes. L'action est principalement localisée sur une commune où une maison médicale est en construction (Figure 11).

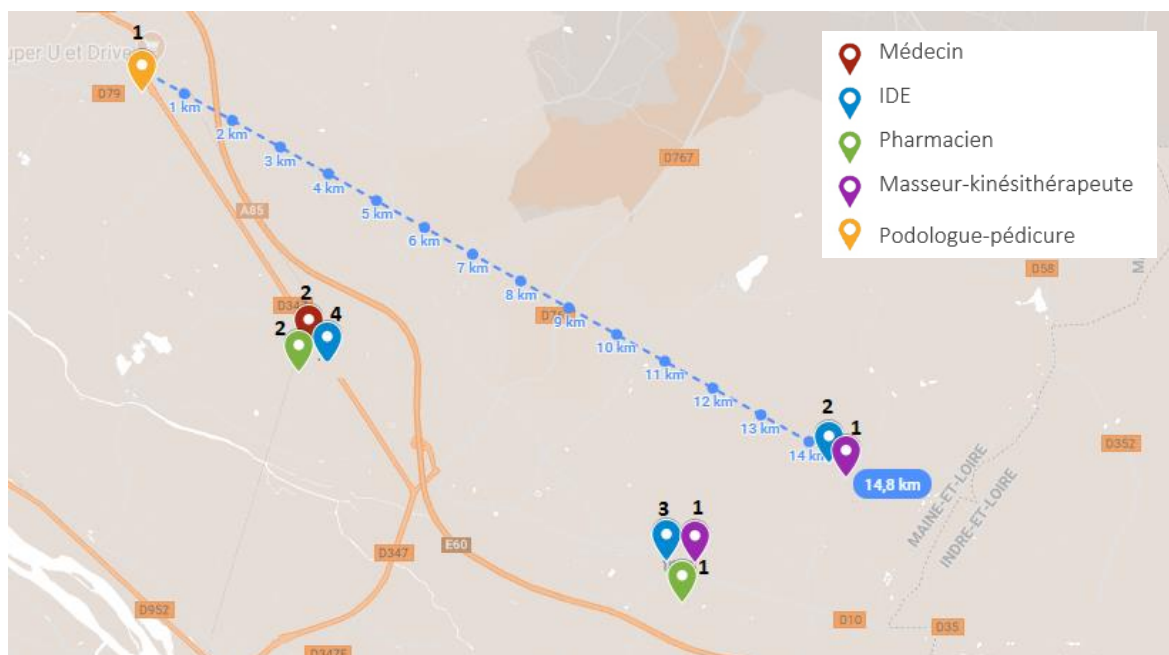


Figure 11 : Représentation géographique de l'équipe en Maine-et-Loire, ZIP

Ils ont réalisé cinq réunions avec patients. Cette équipe a réalisé peu d'actions car les médecins ont été difficiles à convaincre, motivant la volonté de regrouper le plus de professionnels possibles. Une des IDE porte principalement le projet. L'équipe est impliquée dans le projet de la CPTS du territoire.

4 LA GENESE ET LA DYNAMIQUE DES EQUIPES

La genèse d'une collaboration interprofessionnelle est le fruit de la volonté des professionnels à travailler ensemble. Ces professionnels trouvent le dispositif le plus adapté à leurs pratiques, forment l'équipe et rédigent un projet de santé qui détermine les axes de travail.

4.1 La volonté de collaborer

Comme évoqué dans le contexte, les professionnels de santé sont de plus en plus incités à intégrer les formes d'interprofessionnalité. L'objectif de 2022 où l'exercice isolé deviendra l'exception montre la réelle volonté des pouvoirs publics d'abonder dans ce sens (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). Les professionnels l'expriment comme une raison pour former une ESP CLAP : « *L'ambiance actuelle depuis quelques années, c'est l'exercice, le partage de connaissances, la coordination, c'est le travail en groupe.* » (Médecin, Équipe 4). Un contexte en faveur de l'interprofessionnalité favorise les professionnels à travailler ainsi (Martín-Rodríguez et al., 2005).

La collaboration interprofessionnelle est par essence volontaire. Pour s'engager, les professionnels doivent visualiser les bénéfices d'une telle collaboration qui doivent correspondre à leurs attentes (Martín-Rodríguez et al., 2005). La volonté de créer plus de lien avec les autres professions : « *Ce qu'il manquait, c'est le trait d'union entre nous en fin de compte.* » (Infirmier, Équipe 8) ou l'envie de partager et d'échanger : « *Je n'y voyais que des avantages, que des intérêts, aucun inconvénient. De partager, de construire, de s'enrichir mutuellement* » (Pharmacien, Équipe 6) font partie des attentes des professionnels et les motivent à travailler ensemble.

Pour les équipes interrogées, les prémices d'une collaboration interprofessionnelle sont identifiées avant la formation de l'ESP CLAP : « *Je pense qu'on travaille déjà tous ensemble étant donné que nous les paramédicaux, on est soumis à des prescriptions donc on travaille forcément avec les médecins.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1) et « *On avait eu des échanges déjà, le cabinet avait eu des échanges avec Dr A. par rapport à des patients justement.* » (Orthophoniste, Équipe 7). Dans certaines équipes, l'existence d'un bâtiment commun a initié un travail commun : « *Et au pôle santé, comme on était déjà plusieurs praticiens, on avait pas tous le même métier, on échangeait beaucoup avec les patients qu'on avait en commun et on trouvait ça plutôt utile.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1). En ayant déjà collaboré, les professionnels connaissent déjà les bénéfices associés à la collaboration interprofessionnelle, ce qui les incite à continuer (Martín-Rodríguez et al., 2005).

La volonté de collaborer est également en lien avec les expériences précédentes comme nous l'explique la masseur-kinésithérapeute de l'équipe E : « *Ça m'a permis de retrouver un travail d'équipe parce que c'était quelque chose d'important.* ».

Pour l'équipe en Loire-Atlantique, ZIP, la thématique des troubles neurodéveloppementaux de l'enfant fédère les professionnels. Le médecin est particulièrement impliqué dans ce champ. À la suite d'un diplôme universitaire pluriprofessionnel, elle a pris contact avec le cabinet réunissant les orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, etc. pour former l'ESP CLAP. Ils apportent aujourd'hui leur expertise pour la CPTS de leur territoire : « *Et puis là moi j'ai été contacté pour la création d'une CPTS par les médecins de X. Et dans cette CPTS, il y a un projet d'un travail sur les troubles développementaux.* » (Médecin, Équipe 7).

La volonté de collaborer n'est pas partagée au même niveau à l'initiation. Dans une équipe, l'initiatrice nous rapporte le travail de mobilisation des médecins généralistes auquel elle a dû faire face : « *On a toujours l'impression qu'ils sont débordés mais dès qu'on veut les soulager, et bien, ils le voient jamais comme ça. Donc il a fallu que je prouve par A + B que c'était vraiment pour soulager les prises en charge, qu'elles soient, euh, de façon intellectuelle, bien cernées* » (Infirmier, Équipe 8). Ils n'ont pas participé au projet de santé faute de temps. Encore aujourd'hui, il semble nécessaire de mettre en place des stratégies pour les impliquer : « *Voilà, pour qu'ils adhèrent dans notre sens, il faut aller dans leur sens.* » (Pharmacien, Équipe 8). Les médecins de cette équipe n'ont pas été sélectionnés par les chercheuses et donc n'ont pas été interrogés pour connaître leur point de vue.

En conclusion, la volonté de collaborer est un élément fort qui permet la stabilité de l'équipe. Si elle n'est pas partagée par tous au même niveau initialement, cette volonté de collaborer va être induite, poussée par certains des membres pour permettre l'exercice collectif.

4.2 Un projet initial de MSP

Pour cinq des équipes interrogées, la question de la création d'une maison de santé en amont de celle de l'ESP CLAP s'est posée. Pour deux des équipes, le projet de MSP n'a pas vu le jour : « *On voulait tenter notre chance pour être reconnu maison de santé pluriprofessionnelle qui n'a pas été retenu par l'ARS pour diverses raisons.* » (Médecin, Équipe 2). Pour une équipe, ils n'étaient pas suffisamment de médecins pour répondre aux exigences de l'ARS. Pour l'autre, la raison est inconnue. Déçus, cela a entraîné chez certains un sentiment négatif vis-à-vis de l'ARS « *On a eu une mauvaise expérience avec l'ARS parce qu'on nous a fait miroiter, euh, d'être estampillé maison de santé.* » (Médecin, Équipe 5).

Deux équipes ont réfléchi à créer une MSP sans réellement commencer les démarches. Le projet, jugé trop conséquent, a freiné les professionnels : « *Les contraintes administratives et la lourdeur du projet m'ont fait reculer. J'ai trouvé ça trop lourd à porter.* » (Médecin, Équipe 4) et « *Il était entendu que l'ESP CLAP allait dans le même sens qu'une MSP mais avec beaucoup moins de contraintes par rapport aux exigences des ARS.* » (Pharmacien, Équipe 6).

Pour la dernière équipe, à priori par méfiance vis-à-vis de l'ARS, le projet n'a pas vu le jour : « *Effectivement, ça avait été proposé il y a quelques années avec les médecins, les infirmiers de l'époque. Et non ! Ça c'était vraiment, ça venait de l'ARS, ce genre de projet donc ça a été freiné par les médecins des deux pieds.* » (Infirmier, Équipe 8).

4.3 La découverte du dispositif ESP CLAP

Dans les équipes interrogées, ce sont principalement des médecins (trois quarts des équipes) et des infirmiers qui ont découvert le dispositif. La moitié d'entre eux a découvert lors d'une réunion organisé par l'URPS Infirmiers libéraux ou l'URML. Un médecin évoque également l'avoir découvert lors d'un Groupe Qualités, groupe d'échange de pratiques entre médecins généralistes (APIMED, s. d.). On ne connaît pas l'origine pour les équipes restantes. Cette prédominance des infirmiers et des médecins peut s'expliquer par le fait que le dispositif ait été porté initialement par les URPS de ces professions.

Pour des équipes, la découverte du dispositif a pu être fortuite : « *Je pense que c'est par l'URML, où j'ai vu passer cette histoire d'ESP CLAP.* » (Médecin, Équipe 5). Pour d'autres, elle a été recherchée : « *Monsieur C. s'est renseigné et nous a dit qu'effectivement, c'était possible pour répondre à l'échec de la MSP.* » (Infirmier, Équipe 2).

4.4 L'adhésion au dispositif

Lors des entretiens, de nombreux avantages du dispositif ont été mis en avant pour expliquer ce choix. Premièrement, le dispositif est souple : « *Je pense que le côté libre de la chose, c'est très important, c'est vraiment un critère pour nous qui a été important.* » (Infirmier, Équipe 3). Cette souplesse permet de s'adapter aux pratiques du monde libéral. Une structure souple favorise les échanges entre les membres et diminue la hiérarchie, ce qui permet une meilleure collaboration interprofessionnelle (Martín-Rodríguez et al., 2005). Cette souplesse est évoquée par toutes les équipes et comme vu précédemment a été décisive dans le choix vis-à-vis d'une MSP pour certaines.

Deuxièmement, la formation d'une ESP CLAP permet de formaliser des actions déjà existantes et donc informelles : « *Je trouvais qu'en fait, c'était mettre de façon formelle ce qu'on faisait déjà de façon informelle, ce qu'on faisait déjà entre nous, les quelques médecins du village et les quelques infirmières du village. Pour formaliser ce qu'on faisait déjà.* » (Pharmacien, Équipe 8). Cette formalisation a permis aux équipes d'aller plus loin dans la collaboration interprofessionnelle en structurant leur organisation : « *Ça permet déjà d'une de le formaliser et puis, on s'est rendu compte du coup qu'on le faisait plus, parce qu'avant, on le faisait peut-être pas une fois par mois, on le faisait moins, moins régulièrement.* » (Infirmier, Équipe 2).

La reconnaissance du travail est une source de motivation supplémentaire : « *Comme quoi, on pouvait aussi reconnaître le temps de travail, le temps de réflexion aussi qui est important. Cette reconnaissance pour nous est importante car souvent c'était fait gracieusement sur notre temps libre.* » (Infirmier, Équipe 8), accompagnée de la rémunération : « *Et puis, le fait que ce soit rémunéré. Après indépendamment, des montants et des choses comme ça, c'est que y a quelque chose qui est valorisé dans un travail qu'on faisait déjà avant et qui est effectivement n'était pas payé.* » (Orthophoniste, Équipe 7). La rémunération permet une valorisation du temps passé même si elle n'est pas la raison principale de la création de l'ESP CLAP. En effet, les montants attribués n'ont pas été abordés lors des entretiens. De plus, les montants sont plus importants pour les médecins, sage-femme, chirurgien-dentiste et pharmacien (mentionnés dans le projet de santé, annexe 1). Cet écart n'a également pas été évoqué par les professionnels.

Néanmoins, certaines limites du dispositif apparaissent. Tout d'abord, la question du temps revient parfois : « *C'est quand même un peu chronophage mine de rien.* » (Infirmier, Équipe 4). Ensuite, les équipes réalisent les actions autour d'une patientèle commune qui dépend souvent de celle du médecin, ce qui peut limiter la prise en charge des patients : « *Entre nous, entre paramédicaux, on a peut-être, je sais pas moi, 20-30 patients qui sont en communs, qui seraient concernés par le dispositif et avec le Docteur A., on en a quatre ou cinq. Donc ça veut dire qu'il y a potentiellement un énorme vivier avec, un potentiel de travail en fait* » (Orthophoniste, Équipe 7). Pour finir, dans certaines équipes, des professionnels sont inclus de manière informelle car non-reconnus comme professionnels de santé par le code de santé publique (Légifrance, 2020) : « *Le truc qui nous dérange énormément, c'est le fait que les professionnels de santé qui sont habilités à faire partie de l'ESP ne regroupent pas tous les professionnels de santé par exemple du cabinet.* » (Orthophoniste, Équipe 7).

4.5 La constitution et la composition de l'équipe

La constitution de l'équipe est souvent déterminée en fonction des professionnels de la commune. Une particularité est toutefois à remarquer : trois équipes sont constituées seulement de médecins généralistes et d'IDE. Le choix du binôme infirmier/médecin s'explique par un besoin de coordination plus prégnant : « *Et finalement, on s'est rendu compte que les professionnels avec qui on avait besoin d'échanger, ce sont surtout les infirmières.* » (Médecin, Équipe 2). C'est également remarqué dans l'étude documentaire où toutes les équipes composées de deux professions sont des équipes infirmiers-médecins.

Pour les deux équipes interrogées où les professionnels sont dispersés sur plusieurs communes, elles témoignent de difficulté à intégrer des médecins. Pour la première équipe, les médecins étaient difficiles à convaincre : « *Mais le souci, c'est qu'on avait pas énormément de médecin qui adhéraient.* » (Pharmacien, Équipe 8). Pour la seconde équipe, le manque d'inclusion dépend surtout de la monothématique spécifique choisie : « *Mais malheureusement, il y a très peu de médecins généralistes qui sont intéressés par les troubles neurodéveloppementaux.* » (Orthophoniste, Équipe 7).

Certains professionnels des équipes sont des personnes investies ou anciennement investies dans des institutions, des syndicats, aux URPS ou d'autres structures : *« Il a souvent l'élan de savoir dans quelle direction aller. Étant donné que voilà et c'est quelqu'un qui est très investi aussi. »* (Infirmier, Équipe 1). C'est probablement un résultat indirect de l'expérimentation étant donné que le dispositif des ESP CLAP est nouveau ; l'information a donc circulé au sein de ces organisations avant d'être connue de tous les professionnels en exercice.

Un résultat non-anticipé est le côté militant des professionnels interrogés. En effet, sur les 16 professionnels, sept ont exprimé spontanément le souhait que le dispositif continue et parmi eux, quatre ont demandé l'avancement concernant la pérennisation du dispositif : *« Je voulais savoir ce qu'était l'avenir de ces ESP, sur le plan du fonctionnement, du financement. C'est ce qu'on vient d'évoquer. Car je trouverai dommage que cela s'arrête. »* (Médecin, Équipe 4). Cela montre qu'ils ont conscience de participer à l'innovation. Pour certains, c'est même un modèle à diffuser : *« J'encourage même, j'ai encouragé d'autres secteurs à réaliser aussi d'autres ESP, à prendre connaissance de cette association. »* (Infirmier, Équipe 8).

4.6 Le projet de santé

Pour toutes les équipes interrogées, le projet de santé a été évoqué succinctement et pas de manière spontanée. Son écriture a pris peu de temps : *« Ça a fait l'objet de deux ou trois soirées, je crois. »* (Médecin, Équipe 4). Ce constat est d'autant plus vrai pour les équipes ayant voulu être reconnu MSP : *« Le projet de santé pour l'ESP CLAP n'a pas mis très longtemps à être fait puisqu'il existait déjà pour la SISA. »* (Médecin, Équipe 2).

Le projet de santé ne semble pas réellement être un support pour l'équipe dans la réalisation des actions. Les thèmes choisis par les professionnels et inscrits dans le projet de santé ne sont généralement pas abordés dans les entretiens hormis pour l'équipe en Loire-Atlantique, ZIP qui travaillent sur la thématique des troubles neurodéveloppementaux de l'enfant.

5 LES MODALITES CONCRETES DE LA COLLABORATION

Les équipes sont des entités complexes influencées par des facteurs humains et des facteurs organisationnels. Dans cette partie, nous abordons également l'évolution des équipes.

5.1 L'organisation de l'équipe

Les facteurs organisationnels sont multiples : la formalisation des rôles, le temps disponible, la proximité physique et les moyens de communications. Nous abordons ensuite les actions réalisées par les équipes.

5.1.1 La formalisation des rôles

Le dispositif se veut souple et flexible. Il n'y a pas de coordinateur défini comme dans les MSP ou les CPTS. Dans le projet de santé, l'équipe doit seulement mentionner des référents administratifs, personnes à contacter si l'association ESP CLAP a des questions d'ordre administratif. Ils sont également considérés comme référents par l'ARS.

Lors des entretiens, plusieurs rôles ont été décrits : organisateur des actions, animateur de séance, secrétaire de séance et personnes qui transmettent les justificatifs à l'association. Quelquefois, ces rôles sont répartis entre plusieurs personnes : « *Après, bon c'est moi qui organise les réunions. Il y a une infirmière qui joue le rôle de secrétaire jusqu'à présent.* » (Médecin, Équipe 4). Dans d'autres équipes, la limite entre les rôles est plus floue et les rôles peuvent appartenir à plusieurs personnes : « *C'est lui, c'est moi, franchement je crois que c'est un commun accord, on se dit « Oui ça serait bien de faire une réunion » »* (Infirmier, Équipe 3). Les rôles sont à la charge d'un binôme composé d'un médecin avec un autre professionnel (infirmier, masseur-kinésithérapeute et orthophoniste) excepté dans deux équipes, l'une où l'infirmière cumule les rôles et l'autre où c'est le médecin.

On remarque que ce sont les initiateurs du projet qui sont généralement dotés d'un rôle dans l'équipe par la suite : « *Je pense que la référente de l'association, elle communiquait pas mal avec L., une des infirmières, celle qui est à l'origine du projet.* » (Pharmacien, Équipe 8) et « *Étant donné que Monsieur B. était vraiment à l'initiative de l'ESP CLAP, c'est souvent lui qui anime (rires).* » (Infirmier, Équipe 1). En outre, ce sont eux qui sont indiqués comme responsable administratif dans le projet de santé.

5.1.2 Un lieu défini

La proximité physique est un élément incontournable dans la collaboration interprofessionnelle. Non exploré *via* la grille d'entretien, il est arrivé spontanément dans une grande partie des entretiens : « *Après, comme on est dans les mêmes lieux, c'est quand même beaucoup plus facile* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 5) et « *Et puis, on a plus de facilités à se croiser car géographiquement on est tous près.* » (Pharmacien, Équipe 8).

Dans la plupart des cas, il existe même un bâtiment commun ce qui permet de définir un lieu de réunion. Pour certains, c'est une salle de repas qui favorise la convivialité : « *Il y a une salle, on va dire de repas qui était censée être dédiée justement un peu à une salle de réunion donc du coup on se sert de la salle du pôle santé pour faire les réunions.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1) et « *Après, on a vraiment des contacts très réguliers, tous les jours. On parle de la réunion, on parle de patients, on parle de l'organisation du cabinet ou de notre week-end (rires).* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6).

Cela a été même un déclencheur pour certaines équipes : « *Alors effectivement, l'ESP CLAP est arrivé en même temps que la maison médicale. Donc dissocier l'un ou l'autre voilà donc c'est vraiment, vraiment quelque chose qui peut pas être forcément dissocié.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6).

Un lieu commun ou une proximité physique est un facteur mentionné dans la littérature. Il est montré que la proximité physique favorise la communication entre les professionnels (Martín-Rodríguez et al., 2005; Sims et al., 2015). Venu spontanément dans les entretiens, c'est un élément très important pour les équipes, probablement car c'est un lieu de rencontre et que cela simplifie l'organisation des réunions en évitant la réservation d'une salle extérieure.

5.1.3 Les moyens de communication

Les moyens de communication les plus utilisés sont le téléphone, les SMS, les e-mails et la messagerie sécurisée. La messagerie sécurisée est un prérequis pour la formation d'une ESP CLAP. Sont évoqués également les réseaux sociaux tel que WhatsApp® et les outils de visioconférences. Chaque équipe a ses préférences, certaines vont utiliser en priorité les e-mails : « *Plutôt par mail, je trouve que c'est vachement mieux.* » (Médecin, Équipe 7) et la messagerie sécurisée « *Alors on utilisait la messagerie Mailiz®. Et on fonctionne beaucoup avec la messagerie sécurisée finalement, c'est notre outil privilégié. S'appeler, ça veut dire, passer par la secrétaire, on se dérange l'un et l'autre.* » (Infirmier, Équipe 4). Alors que pour d'autres équipes, les professionnels

préfèrent le téléphone : « *Et là on utilisait pas de messagerie sécurisée ou de choses comme ça parce que ça prend trop de temps. Voilà c'est plus simple par un coup de téléphone ou un SMS que la messagerie sécurisée.* » (Médecin, Équipe 2). De manière générale, le téléphone est privilégié en cas d'urgence : « *Avec les médecins, quand ce sont des choses urgentes, je vais les appeler. C'est le meilleur moyen.* » (Infirmier, Équipe 1).

Pour les professionnels travaillant dans un même lieu, les rencontres informelles et les échanges rapides sont largement préférés : « *On se prend des micro-RDV dans la semaine sur le temps du midi au cabinet.* » (Orthophoniste, Équipe 7) ; « *Dès qu'on se croisait dans le couloir de la maison de santé et qu'elle m'en parlait* » (Médecin, Équipe 5) et « *Donc, des fois, ça nous arrive de traverser le couloir et d'aller voir un médecin ou inversement que le médecin vienne nous voir pour nous parler d'un cas qui l'interpelle et voilà.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6).

5.1.4 Les actions réalisées

L'action la plus décrite par les professionnels est la réunion de concertation d'amélioration des pratiques et des prises en charge sans la présence de patient, ce qui explique le développement plus important de cette action.

A) Les réunions de concertations sans patient

Pour ces réunions, deux formats se dessinent en fonction de la composition de l'équipe.

Les équipes composées d'un petit nombre de professionnels évoquent des cas-patients : « *Les patients âgés entre guillemets dépendants ou en tout cas, qui ont des passages infirmiers réguliers. Ceux-là, on les a listés et on en reparle systématiquement.* » (Médecin, Équipe 3). Lors de l'observation de l'équipe Loire-Atlantique, ZAC, les infirmières avaient établi une liste de patients et discutaient de chaque cas avec le médecin concerné. Cette organisation apparaissait habituelle, ce que nous confirme le médecin de l'équipe : « *c'est souvent nos deux infirmières qui parlent et le médecin du patient, et puis le médecin qui n'est pas concerné, qui peut éventuellement donner son avis sur la conduite à tenir qui est proposée et ça permet de réfléchir.* » (Médecin, Équipe 2). Le nombre de professions au sein de l'équipe ne semble pas déterminer l'organisation. En effet, le fonctionnement a également été retrouvé dans une équipe avec cinq professions différentes.

Les équipes plus grandes ont tendance à réaliser plus de réunions autour de l'amélioration des pratiques : « *On a partagé sur des cas sans être nominatif* » (Pharmacien, Équipe 6) et « *C'était cette semaine, mardi, on a parlé de quelque chose d'intéressant, sur comment repérer les personnes fragiles.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1). Élément confirmé lors des observations, où les deux équipes ont discuté de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Pour la première équipe observée, la réunion faisait le tour de la pratique des professionnels par rapport au déconfinement et sur les nouvelles mesures pour la prise en charge des patients. Pour la deuxième équipe, observée début juillet, la réunion portait sur les conséquences du confinement sur les enfants, la création de la CPTS, la prise en charge de l'hyperactivité non-médicamenteuse et un point sur les congés des professionnels.

Initialement, dans le cahier des charges, les réunions de concertations sont définies comme une : « *organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles d'amélioration des pratiques autour d'une catégorie de patients ou d'une thématique. Elles ont pour objet de définir des modalités de prise en charge optimale et d'améliorer la coordination pluriprofessionnelle. Elles peuvent déboucher sur la rédaction d'un protocole pluriprofessionnel.* ». Cette définition correspond au deuxième format évoqué, ce qui signifie qu'en théorie les réunions concernant des patients précis ne sont pas reconnues. En pratique, elles le sont car ces réunions participent également à l'amélioration des prises en charge. Néanmoins, il serait intéressant de faire évoluer la définition ou de reconnaître ce format de réunions.

La plupart réalisent une réunion par mois ; la date est souvent déterminée d'une réunion à l'autre. Pour une équipe, les dates sont définies à l'avance pour six mois. Pour des équipes, le créneau est devenu habituel : « *Toujours avec le format des réunions du lundi ou mardi d'une heure, entre midi et deux, quoi, 13 h 30 – 14 h 30.* » (Pharmacien, Équipe 6) et « *Alors, c'est pareil, on se donne RDV, souvent c'est le mardi soir, au cabinet médical.* » (Infirmier, Équipe 4). Sans cette régularité, il est plus difficile de libérer du temps : « *C'est toujours utile mais il faut essayer de réunir tout le monde, sur un créneau où tout le monde est dispo donc c'est toujours hyper compliqué.* » (Orthophoniste, Équipe 7).

Selon le cahier des charges, ces réunions sont limitées à 10 par an par équipe. Si on considère que les équipes réalisent une réunion par mois et qu'on enlève les vacances d'été où les professionnels, généralement, ne font pas de réunions, les équipes atteignent le maximum de 10 réunions rémunérées. Cependant, cette limite n'a pas été évoquée par les professionnels.

B) Les autres actions

Les autres actions sont moins réalisées par les professionnels. Les protocoles sont appréciés : « *Ça n'empêche que notre protocole Plaies, il est, c'est le seul qu'on a fait mais il marche super bien. Ordonnance toute prête, on fait, c'est, ça file, ça marche très très bien.* » (Médecin, Équipe 2) même s'ils sont plus longs à réaliser. Une équipe a réalisé exclusivement des réunions de concertation en présence du patient, qui ont lieu généralement au domicile de celui-ci.

Parfois, les actions ne sont pas clairement comprises par les professionnels : « *Le plan personnalisé de soin, ça me parlait pas trop au départ.* » (Orthophoniste, Équipe 7). De plus, dans les entretiens, certains confondaient les actions et d'autres me demandaient à quoi cela correspondait.

Certaines actions sont parfois menées en lien avec des partenaires comme des professionnels du médico-social : « *Et là ce que j'ai fait, c'est de fait j'ai contacté l'ADMR [NDLR : Aide à domicile en milieu rural] et le SSIAD [NDLR : Services de Soins Infirmiers à Domicile] qui intervenaient aussi. Et par système de visioconférence, j'ai pu rencontrer toutes les aides-soignantes qui intervenaient et toutes les aides ménagères qui allaient intervenir pour expliquer, former, motiver l'équipe* » (Médecin, Équipe 3). Pour le projet prévention de l'équipe en Vendée, Hors Zone 1, la mairie est également un partenaire : « *La mairie a un site internet qui est renouvelé et on avait un projet d'avoir un petit encart sur le site internet avec les fausses idées reçues.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1). De manière générale, les partenaires sont assez peu cités par les équipes et très peu de manière spontanée.

En dehors des actions prédéfinies par le dispositif, les professionnels réalisent ensemble de nouvelles actions comme des formations communes : « *Et on a eu aussi une intervenante qui est venue nous parler de la bienveillance et de la non-violence dans notre discours.* » (Infirmier, Équipe 1).

Même si cela ne fait pas l'objet d'une analyse spécifique approfondie, la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur le fonctionnement des équipes. La situation a développé des actions dans l'urgence : « *C'étaient tous les professionnels de santé, on s'est dit comment on gère cette crise, comment on fait, comment vous gérez les salles d'attente, comment vous gérez l'entrée des patients, les sorties, comment vous gérez les prises de rendez-vous, comment on gère la distribution des masques. On a tout mis à plat par rapport au COVID.* » (Pharmacien, Équipe 8) et a freiné ce qui relevait de projets à long terme et d'évolution d'équipe : « *Et puis éventuellement, après rajouter les pharmaciens, les diététiciens, on aurait élargi. Et là c'est vrai qu'avec ce qui s'est passé, les événements du COVID, bah, ça a un petit peu stoppé notre élan.* » (Infirmier, Équipe 4).

5.1.5 L'accompagnement des équipes

Une des missions de l'association des ESP CLAP est l'accompagnement des équipes. Elle réalise une première réunion de présentation du dispositif aux professionnels intéressés, accompagne les équipes lors de l'écriture du projet de santé, réalise un point annuel pour chaque équipe et répond quotidiennement aux questions des professionnels.

Les professionnels ont évoqué de manière positive l'accompagnement réalisé par l'association : « *Et nous avons été accompagnées donc par Madame R., de façon très agréable, pertinente et effective.* » (Médecin, Équipe 4) et « *Heureusement que M.R., nous recadrerait un peu car on avait tellement de demandes, tellement d'attentes, tellement de besoins que, qu'en fait on avait besoin de tout en fin de compte.* » (Infirmier, Équipe 8). L'association est représentée par un interlocuteur nommé et qui semble accessible par les professionnels.

Un autre médecin a évoqué également qu'il a aimé découvrir de nouvelles actions : « *Et dans un deuxième temps, ce qui était intéressant, voilà, c'est tout ce qui était proposé par la structure que je connaissais pas.* » (Médecin, Équipe 2).

L'ARS a depuis récemment un rôle plus important dans l'accompagnement. En plus, de la reconnaissance du projet de santé, les délégués territoriaux de l'ARS accompagnent les équipes et sont invités à leur point annuel. Pour les équipes les plus récentes, les délégués territoriaux prennent contact au moment de la reconnaissance. Les équipes interrogées ont vu très peu leur délégué et ne l'identifient pas comme un accompagnant ; l'institution n'a pas été évoquée par les équipes lors des entretiens.

5.2 Les interactions entre les membres

Pour une équipe efficace, les participants doivent connaître les rôles et responsabilités de chaque professionnel ainsi que pouvoir partager leurs connaissances et leurs problématiques. Le tout sans hiérarchie entre les professions (Sims et al., 2015).

5.2.1 Les rôles et responsabilités

Le travail en collaboration interprofessionnelle favorise la connaissance des métiers de chacun : *« Le fait de s'être associé comme ça dans une ESP CLAP, ça nous a permis aussi de savoir ce que les autres faisaient parce qu'en fait, on sait pas toujours ce que font les autres. »* (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1). Cette connaissance passe par l'observation et le questionnement des autres : *« J'ai fait un entretien où j'étais allée voir la psychomotricienne pour discuter justement avec elle de son travail pour comprendre un peu mieux, ce qu'était une psychomotricienne en fait. »* (Médecin, Équipe 7).

Avec cette nouvelle connaissance, les professionnels comprennent le rôle des autres membres et perçoivent la complémentarité entre chaque profession : *« Quand on avait fait en consultation avec C., quand on avait vu la patiente, c'était intéressant de voir vraiment le côté purement diet' que je n'ai pas parce que je ne suis pas diététicienne et moi rebondir du coup sur le côté santé, euh, données médicales, bilan sanguin. [...] Après le dialogue étant différent également, et on utilise aussi des supports différents. Du coup, c'était vraiment complémentaire. »* (Infirmier, Équipe 1). Cela réduit les répétitions ou les omissions dans les soins ; les soins sont alors plus efficaces (Sims et al., 2015).

5.2.2 Le partage de connaissances et de problèmes

En collaboration interprofessionnelle, les professionnels se transmettent des connaissances et améliorent leur pratique grâce aux autres membres : *« Il y avait le Docteur L. qui est plus calé sur le repérage des personnes fragiles donc plus lui en gériatrie qui nous a expliqué comment en gériatrie il le faisait. Et donc on a essayé de voir quelqu'un qui exposait un peu plus ses connaissances pour apprendre aussi aux autres. »* (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1).

Au-delà de la prise en charge des patients, ils échangent des informations sur de l'administratif ou sur la logistique : *« Et puis on a tout ce qui est aussi un petit peu le fonctionnement au niveau du cabinet notamment tout ce qui est wifi, ADSL ou quoique ce soit. On se rend compte qu'il y a un de nous qui avait la solution puis qui l'a fait partager aux autres. »* (Médecin, Équipe 5).

Les professionnels discutent également de leurs problèmes, ce qui peut traduire une forme de soutien : « *Mais en même temps, on partage ces problèmes et eux nous font part aussi de d'autres problèmes, de leur point de vue, bien évidemment.* » (Pharmacien, Équipe 6).

Dans les entretiens, il est constaté que le partage de connaissance se fait dans les deux sens, ce qui atteste d'une horizontalité entre les membres : « *C'est là où c'est très enrichissant car les infirmiers connaissent bien souvent mieux que nous tous les pansements. Toute la prise en charge des pansements. Ils ont des choses à nous apprendre et puis nous inversement. Donc c'est vraiment, ça marche dans les deux sens.* » (Médecin, Équipe 4). Pour une équipe, le transfert d'informations semble se faire principalement du médecin vers les infirmiers.

5.2.3 L'horizontalité

L'horizontalité est définie ici comme une absence de hiérarchie entre les membres. Elle est observée comme une modalité concrète de la collaboration interprofessionnelle et apparaît également comme un produit de celle-ci.

Elle commence par la prise en compte des avis de l'ensemble des membres : « *On fait beaucoup de tours de table pour savoir ce que tout le monde en pense.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1) pour arriver ensuite à une prise de décision commune : « *Et j'ai trouvé ça bien parce qu'on a décidé ensemble de qu'est-ce qu'on fait.* » (Pharmacien, Équipe 8).

Cette horizontalité est ressentie par les professionnels qu'ils l'expriment comme une perte de hiérarchie : « *Ça a un petit peu fait tombé, un peu les grades entre guillemets, je sais pas comment vous expliquer. En fait, y avait plus la barrière, si vous voulez.* » (Infirmier, Équipe 4). La relation entre infirmier et médecin a été spécifiquement citée : « *J'ai pas envie que les infirmières pensent aussi, elles ne sont pas nos secrétaires, quoique ce soit.* » (Médecin, Équipe 5) et « *On est plus l'assistante du médecin, vous voyez ce que je veux dire, c'est plus la pyramide. C'est vraiment horizontal.* » (Infirmier, Équipe 8).

Cela se traduit par le fait que les professionnels s'appellent par leur prénom : « *Et donc dans la maison de santé de nous voir comme ça, de me voir déambuler, « tiens salut Jérôme », « Salut Pierre », « Salut ». Je pense que ces relations détendues, j'allais dire saines [...]* » (Pharmacien, Équipe 6) et « *Avant-hier, c'était avec Pauline, voilà. Et lundi, c'était avec Anita* » (Médecin, Équipe 3) et lors de plusieurs observations, les professionnels se tutoyaient.

5.2.4 L'évolution de l'équipe

La composition de l'équipe peut varier dans le temps avec des départs et des arrivées. La plupart des équipes expriment le souhait d'inclure de nouveaux membres : « *Là, j'ai cru voir l'autre jour dans les mails que les orthophonistes allaient nous rejoindre.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6). Même si pour certains, être un grand nombre leur semble défavorable : « *Parce que là on est un noyau de 4 et à 4 on est un chiffre je trouve où ça tourne très bien. Des fois faire des réunions à 10, c'est pas productif du tout.* » (Médecin, Équipe 2) et « *Donc voilà, on est pas 20 non plus donc on se connaît. C'est peut-être plus facile.* » (Médecin, Équipe 5).

Pour les trois équipes composées seulement de médecins et d'infirmiers, il y a une volonté de commencer à petite échelle pour stabiliser leur fonctionnement dans ce nouveau mode d'exercice : « *Et beh c'est la cellule de base, je dirais, voilà. Après ce qu'on avait bien enregistré et qui je pense peut-être intéressant. C'est qu'on avait dit, on va commencer petit avec des choses simples pour pouvoir évoluer secondairement.* » (Médecin, Équipe 3) et « *Nous avons pris l'option de travailler dans un premier temps avec les infirmiers parce qu'on a des contacts fréquents. De commencer de façon prudente pour voir un peu et roder le fonctionnement.* » (Médecin, Équipe 4).

Dans le cas particulier des deux ESP CLAP dans une même commune, il est envisagé d'avoir plus de temps partagé avec l'ensemble des professionnels : « *Et après une fois que, la deuxième étape c'est aussi la fusion avec l'ESP des T. [NDLR : Deuxième ESP CLAP de la commune].* » (Médecin, Équipe 4).

De plus, l'ESP CLAP permet de s'ouvrir aux autres formes d'interprofessionnalité. Certaines équipes réfléchissent à être reconnues en MSP : « *Et je me dis que l'idéal, ça serait de créer une maison de santé.* » (Médecin, Équipe 3) et d'autres intègrent des CPTS : « *On met les mêmes, du coup la CPTS, elle est aussi avec, il y a la neuropsychologue de la Maison X qui en fait partie.* » (Médecin, Équipe 7). L'association ESP CLAP est en partenariat avec l'APMSL et l'inter-URPS pour accompagner les équipes. Actuellement, aucune équipe n'est devenue une MSP mais plusieurs professionnels prennent part à des projets CPTS.

6 LES EFFETS DU TRAVAIL EN COLLABORATION

Le travail en collaboration interprofessionnelle provoque des changements dans les pratiques des professionnels. Les professionnels mentionnent des relations plus solides entre eux, le sentiment d'une meilleure prise en charge des patients et une meilleure satisfaction au travail.

6.1 Des relations plus fortes entre les professionnels

Les professionnels évoquent mieux se connaître désormais : « *Jusqu'à présent, on se connaissait sans se connaître.* » (Infirmier, Équipe 4) et « *Et on sort de nos murs, ça encore c'est super important, de parler, d'être ensemble en présentiel, euh et de se connaître mieux.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6), pour arriver à des relations plus chaleureuses : « *Oui, je vous dis nos relations se sont vraiment améliorées, je dirais notoirement améliorées. Il y a une ambiance plus décontractée, il y a moins de méfiance.* » (Pharmacien, Équipe 6). Le tout dans un climat de confiance qui s'installe : « *Qu'on ait une meilleure connaissance de nos partenaires de soins et du coup meilleure connaissance, confiance aussi.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6).

Cette ambiance plus chaleureuse favorise un dialogue plus ouvert : « *Je trouve que ça a permis aussi d'ouvrir du dialogue que probablement j'avais pas avant, avec les autres professionnels.* » (Médecin, Équipe 7) et permet ainsi de favoriser l'horizontalité : « *Du coup, ce sentiment d'infériorité qu'on peut avoir, du coup, s'efface tout doucement au fil de beh, de ce qu'on a créé. Ce qui permet aussi de valoriser aussi nos métiers finalement.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 1).

6.2 Le sentiment d'une meilleure qualité des soins

En travaillant ensemble, les professionnels souhaitent améliorer la prise en charge des patients. Dans plusieurs études, il est établi que le travail en collaboration interprofessionnelle améliore l'inclusion du patient dans ses soins, sa satisfaction et sa sécurité (Gerber et al., 2018; Körner et al., 2016). Nous ne cherchons pas dans cette étude, à savoir si la prise en charge est objectivement améliorée. Toutefois, la perception de la qualité des soins est un prédicteur de la satisfaction au travail, ce qui nous intéresse ici.

Tout d'abord, les professionnels témoignent d'une prise en charge plus rapide des patients : « *Il y a moins d'hésitations à laisser évoluer une situation.* » (Médecin, Équipe 3) et « *Il y a cette facilité de communication et en plus, cette amélioration du travail au quotidien. Une accélération, le fait d'avoir une réponse plus rapide, ça permet aussi de nous de notre côté d'améliorer la prise en charge des patients au domicile plutôt de faire traîner. Ça a vraiment amélioré les choses.* » (Infirmier, Équipe 4).

Ensuite, ils évoquent une meilleure qualité des soins de manière générale : « *Ça a amélioré la prise en charge des patients, c'est clair et net* » (Infirmier, Équipe 4) et « *Ce qui a changé pour moi, c'est la qualité des soins.* » (Médecin, Équipe 3). Cette coordination permet également une meilleure satisfaction du patient vis-à-vis de ses soins : « *Les patients étaient super rassurés de voir que l'infirmière et le médecin avaient bien coordonné les choses.* » (Infirmier, Équipe 8). Il est important de préciser que l'analyse est limitée car nous avons le ressenti des patients uniquement à travers les soignants et non directement par eux.

6.3 La satisfaction des professionnels

Les professionnels expriment la satisfaction de travailler ensemble. Tout d'abord, il y a la satisfaction de faire partie d'un groupe et de se connaître, ce qui permet de diminuer le sentiment de solitude : « *On se sent beaucoup moins seuls, de pouvoir échanger sur des situations qui sont parfois compliquées.* » (Infirmier, Équipe 4) et « *L'impression c'est pas une impression, de faire partie d'un groupe. Voilà, d'être une unité.* » (Infirmier, Équipe 1).

Comme évoqué précédemment, les professionnels ont le sentiment d'apporter des soins de meilleure qualité aux patients ce qui contribue à une meilleure satisfaction au travail : « *Et donc je ne voyais que du bonheur, j'allais dire d'un point de vue professionnel à cette initiative.* » (Pharmacien, Équipe 6) ; « *On s'oblige à le faire et on le fait même avec plaisir.* » (Infirmier, Équipe 2) et « *Les deux choses qui sont remontées, c'est la satisfaction de travailler ensemble et parce que ça c'est très agréable et un meilleur suivi des patients, une meilleure connaissance de chacun de nous.* » (Médecin, Équipe 4). Certains professionnels affirment ne plus pouvoir revenir en arrière : « *Je vois pas comment aujourd'hui, on pourrait faire sans.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6). Les notions de charge mentale et de bien-être ont été évoquées dans un entretien : « *Oui voilà, je suis pas le sauveur du monde. Voilà quoi. J'aime beaucoup mon travail mais je pense que si on veut bien le faire, il faut être bien quoi.* » (Médecin, Équipe 3).

L'amélioration de la satisfaction au travail et des relations interprofessionnelles entraînent probablement une attractivité du territoire, préoccupation partagée par les politiques publiques et les professionnels. Ces derniers espèrent que de nouveaux professionnels vont s'installer : « *C'est vrai que nous avec cette ESP, on pense attirer de nouveaux médecins.* » (Infirmier, Équipe 8) et « *Et s'il y a une dynamique comme ça qui se développe, euh, les gens vont vouloir venir dans ce genre de structure.* » (Masseur-kinésithérapeute, Équipe 6). Pour certains, cette hypothèse se confirme : « *La jeune femme [NDLR : future collègue] à qui j'en ai parlé, elle au contraire, c'est un point positif pour elle.* » (Médecin, Équipe 3).

L'amélioration de la satisfaction de travail est un élément confirmé dans la littérature et est d'autant plus forte chez les professions non-médicales (Gerber et al., 2018). Même si les critères de satisfaction diffèrent selon les professions dans la littérature, la relation interprofessionnelle reste un critère important. Une mauvaise relation provoque stress, frustration et colère (Chang et al., 2009; Dow et al., 2019). Une satisfaction au travail augmentée diminue les *burnout* et les arrêts de travail.

7 DISCUSSION

Dans un premier temps, nous étudierons les résultats des entretiens avec les résultats de l'étude documentaire réalisée au début de ce travail. Dans un second temps, nous mettrons en perspective ces résultats avec ceux de la littérature. Puis, nous exposerons les limites de notre travail.

L'étude documentaire analyse les caractéristiques générales de l'équipe, sa composition, l'écriture du projet, les actions réalisées et leurs thématiques. Les analyses bivariées et l'analyse des correspondances multiples n'ont pas permis d'identifier des profils d'équipes à partir des variables prises en compte. Les entretiens et les observations confirment que le fonctionnement des équipes est indépendant d'un grand nombre de facteurs tel que l'ancienneté ou le département.

Deux des trois équipes sélectionnées situées en ZIP ont des professionnels exerçant sur plusieurs communes. L'explication avancée par les professionnels concernés est un manque de professionnels de santé motivés d'où l'intérêt de commencer sur plusieurs communes afin d'ouvrir au plus grand nombre. Dans une équipe, cela est attribué à un manque de temps de la part des médecins ; pour l'autre, la thématique choisie par les professionnels n'est pas saisie par les médecins et les autres professionnels. Dans l'étude documentaire, nous n'avons pas trouvé d'association statistique significative entre la composition de l'équipe et la zone. Au vu des résultats des entretiens, nous ne pouvons pas conclure sur cet élément.

La composition initiale de l'équipe repose principalement sur la proximité géographique des professionnels et/ou sur des habitudes de travail. Un profil d'équipe se démarque : les équipes composées uniquement de médecins et infirmiers. La sélection des équipes a amené à une représentation de ces équipes plus importante (37 %) que dans l'échantillon des 27 équipes (25 %). Ces deux professions ont un besoin de coordination particulièrement prononcé comme en témoignent les professionnels. Cette notion est confirmée par l'étude documentaire, en effet, seulement deux équipes ne sont pas constituées de ce binôme. De plus, ils forment parfois le binôme moteur de l'équipe.

D'après l'étude documentaire, plus de la moitié des équipes répondent aux critères de création d'une MSP à leur lancement. Les professionnels expliquent que la flexibilité du dispositif et la simplicité administratives sont des arguments clé pour déterminer leur choix.

Plus de la moitié des actions réalisées sont des réunions de concertation sans patient. Les professionnels le justifient car ce sont des actions rapides à mettre en œuvre et elles s'adaptent à leurs pratiques. Les autres actions proposées sont réalisées moins spontanément et sont quelquefois plus compliquées à comprendre pour les professionnels. Les équipes réalisent très souvent ces actions seules, sans partenaires.

De nombreux points communs ont été trouvés dans le fonctionnement des équipes ; éléments retrouvés dans la littérature. Trois études ont présenté des résultats similaires :

- « *The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies* » de Martín-Rodríguez et al. publiée en 2005. L'objectif de l'étude est de proposer un modèle théorique avec les déterminants d'une réussite en collaboration. Ils identifient 13 déterminants classés en déterminants interactionnels (relations interpersonnelles entre les membres), déterminants organisationnels (conditions propres à l'équipe) et déterminants systémiques (conditions extérieures à l'équipe).
- « *Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care* » de Hewitt et al. publiée en 2014. Les auteurs ont réalisé une approche réaliste (contexte, méthode, résultats) pour découvrir 13 mécanismes du travail en interprofessionnalité.
- « *Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review* » de Körner et al. de 2016. Cette revue systématique a sélectionné 23 études pour identifier les caractéristiques clé du travail en collaboration. Grâce aux données, les auteurs ont élaboré un schéma pour résumer leurs résultats dans un modèle *input-process-output*.

Dans le tableau ci-dessous, nous mettons en parallèle les éléments trouvés dans notre étude avec ceux trouvés dans ces trois études :

Tableau 3 : Comparaison des résultats vis-à-vis de la bibliographie étudiée

Principaux résultats de notre étude	Volonté de collaborer	Souplesse du dispositif	Proximité physique	Formalisation des rôles	Rôles et responsabilités	Partage de connaissances	Horizontalité
Martín-Rodríguez et al., 2005	Volonté de collaborer	Organisation flexible de la structure	Ressources	Coordination et communication ; Supports administratifs	Compréhension et clarté des rôles		
Hewitt et al., 2014	Sens partagée de l'objectif			Leadership	Collaboration et coordination ; Générer et mettre en œuvre de nouvelles idées	Mise en commun des ressources ; Examen critique des performances et des décisions ; Apprentissage individuel	Communication efficace, ouverte et équitable ; Responsabilités et influences partagées
Körner et al., 2016	But commun				Responsabilités ; Compréhension et clarté des rôles		Prise de décision commune

Tous les éléments identifiés dans les entretiens sont retrouvés dans ces trois études. Néanmoins, la souplesse du dispositif et la proximité physique sont évoquées seulement dans la première étude alors que ce sont des éléments capitaux pour les professionnels interrogés. La souplesse permet aux professionnels d'avoir un modèle à la carte ; ils réalisent une action quand c'est nécessaire et qui correspond au besoin. La proximité physique, résultat non prévu, peut être une source de motivation et facilite les procédures de coopération car elle permet aux acteurs de se connaître et de simplifier les échanges.

En outre, un élément est absent de la littérature et n'avait pas été anticipé par les chercheurs. À travers les témoignages, on découvre que l'adhésion des médecins est primordiale. Ils sont pour la plupart initiateurs et porteurs du projet. En effet, des difficultés dans les équipes se font ressentir quand les médecins sont moins présents. Ce fonctionnement peut être lié aux modalités définies dans les ESP et à la place centrale du médecin généraliste dans celles-ci.

Nos résultats doivent cependant être nuancés par plusieurs facteurs :

- Involontairement, ce sont principalement des professionnels considérés moteur ou en lien avec l'association qui ont témoigné. Ces personnes font la promotion de l'outil et mettent probablement plus en avant les aspects positifs du dispositif pour contribuer à ce que l'expérimentation continue.
- J'étais identifiée comme appartenant à l'association ESP CLAP par les professionnels. Ils peuvent alors avoir été moins à l'aise pour exprimer leurs difficultés ou les désavantages du dispositif. Malgré tout, l'attention portée à ce risque a permis l'expression de certaines difficultés pendant les entretiens.
- Il aurait été intéressant de réaliser des observations pour toutes les équipes. Cela aurait apporté des données complémentaires pour le profil des équipes et sur les interactions entre les membres.
- Dans l'étude documentaire, la variable sur la proximité physique des professionnels n'a pas été traitée donc ce paramètre n'est pas entré en compte lors de la sélection des équipes. Cette variable est complexe ; il est nécessaire d'avoir le point de vue des professionnels ou de l'étudier sur le terrain pour l'évaluer. Il est alors possible que sa prégnance soit plus importante dans l'échantillon choisi.

8 CONCLUSION

Grâce à ce travail, le fonctionnement des ESP CLAP a pu être éclairé. Ces éléments de fonctionnement, retrouvés également dans la littérature, montrent un fonctionnement en adéquation avec les attendus d'une équipe en collaboration interprofessionnelle. Il en est de même pour les effets : les professionnels se connaissent mieux, ont le sentiment de prodiguer des soins de meilleure qualité et ont une satisfaction au travail améliorée.

Les professionnels témoignent leur satisfaction à propos du dispositif et souhaitent le voir se pérenniser. Le dispositif correspond à leurs pratiques *via* ses actions proposées, sa simplicité administrative et sa souplesse. La préférence de certains professionnels pour le dispositif ESP CLAP vis-à-vis des MSP montre bien son attrait, loin d'être un choix par défaut. Le dispositif ESP CLAP considéré par certains comme une première marche à l'exercice coordonné ne l'est pas pour d'autres ; il complète donc l'offre actuelle des dispositifs de coordination.

Notre étude permet également d'apporter de nouvelles pistes de réflexion pour faire évoluer le dispositif et mieux correspondre aux besoins des professionnels. Une première réflexion est portée vis-à-vis des professionnels inclus dans les ESP CLAP. Plusieurs équipes sont composées de professionnels qui ne peuvent être indemnisés pour les actions réalisées. Les professionnels les plus concernés sont les psychologues et les ostéopathes. Leur intégration dans l'équipe témoigne d'une volonté de travailler avec l'ensemble des professions de santé et de leur apport dans une équipe. La deuxième réflexion porte sur les réunions de concertations sans patient. Comme vues dans les résultats, certaines équipes réalisent des réunions qui ne correspondent pas à la définition du cahier des charges. Ces réunions abordant des cas patients sans leur présence sont donc un besoin des professionnels. L'évolution du dispositif pourrait faire correspondre ces pratiques avec les outils du dispositif. Il serait intéressant de réviser le cahier des charges pour reconnaître les deux types de réunions comme deux actions distinctes (amélioration des pratiques et cas patients). Un nombre maximum de réunions annuelles peut être envisagé pour chaque action. Une dernière réflexion serait d'améliorer la compréhension des actions moins saisies par les professionnels à travers des formations ou des rappels réguliers aux équipes. De par son accompagnement, l'association pourrait évaluer l'intérêt de cette mise en place auprès des professionnels.

L'expérimentation du dispositif devait initialement prendre fin en décembre 2020. La crise sanitaire ayant retardé les autres volets de l'évaluation, la fin de l'expérimentation est décalée au 30 avril 2021. À terme, il est souhaité par le conseil d'administration de l'association d'avoir un déploiement national du dispositif grâce à un conventionnement avec l'Assurance Maladie. La flexibilité, l'absence de structuration juridique et la rémunération individuelle et forfaitaire sont des éléments primordiaux à défendre si un conventionnement a lieu. La création d'un dispositif reprenant le cahier des charges des ESP CLAP a été mis en place cette année en région Centre-Val de Loire. Le dispositif ESP-CVL apporte un poids supplémentaire pour atteindre cet objectif et donne de la valeur au dispositif ESP CLAP. Porté par la Fédération des URPS et Fédération des maisons et Pôles de Santé de la région Centre-Val de Loire, ces deux institutions sont devenues des partenaires et des soutiens importants.

Bibliographie

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (France), & Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine. (2004). *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : États des lieux et propositions*. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
- AMELI. (2019). *Structures de santé pluriprofessionnelles*. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles/structures-sante-pluriprofessionnelles>
- Angibaud, M. (2018). *La coopération interprofessionnelle son intérêt et sa mise en œuvre*. Nantes.
- APIMED. (s. d.). *Groupes Qualité APIMED Pays de la Loire*. APIMED Pays de la Loire. Consulté 20 août 2020, à l'adresse <https://apimed-pl.org/>
- APMSL. (s. d.-a). *Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire | APMSL*. Consulté 20 août 2020, à l'adresse <https://www.apmsl.fr/>
- APMSL. (s. d.-b). *La Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : Une équipe aux compétences multiples pour « travailler ensemble »*. Consulté 20 août 2020, à l'adresse <https://www.apmsl.fr/page/les-msp/>
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, N° 113(2), 43-50.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim : Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Chang, W.-Y., Ma, J.-C., Chiu, H.-T., Lin, K.-C., & Lee, P.-H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1946-1955. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05085.x>
- Comité interministériel pour la santé. (2018). *Priorité Prévention : Rester en bonne santé tout au long de sa vie*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2017). *Atlas de la démographie médicale en France* (p. 323).
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2018). *Atlas de la démographie médicale en France*.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>

- Dow, A. W., Baernholdt, M., Santen, S. A., Baker, K., & Sessler, C. N. (2019). Practitioner wellbeing as an interprofessional imperative. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 603-607. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1673705>
- Estry-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.stry.2008.01>
- Fournier, C. (2018). Action de santé libérale en équipe (Asalée) : Un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé*, 232, 8.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2018). La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bulletin des médecins suisses*, 99(44), 1524-1529. <https://doi.org/10.4414/bms.2018.17276>
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188-196. <https://doi.org/10.1080/13561820500081745>
- Haut Conseil de la Santé Publique. (2018). Évaluation du programme national de sécurité des patients 2013-2017. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=677>
- Haute Autorité de Santé. (2015). *Comprendre pour agir sur les événements indésirables associés aux soins (EIAS)*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (2008). *La qualité des soins en France : Comment la mesurer pour l'améliorer ?*
- Institut de veille sanitaire. (2014). *Surveillance épidémiologique de la multimorbidité*.
- Institut français d'opinion publique, & Jalma. (2012). *L'Observatoire de l'accès aux soins—Vague 2*. https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2076-1-study_file.pdf
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2016). *Projections de population à l'horizon 2070 – Projections de population 2013-2070 pour la France*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2020). *Bilan démographique 2019* (N° 1789; Insee Première, p. 4). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618#titre-bloc-21>
- Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Burnout in French physicians : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 246, 132-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
- Körner, M., Büttof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S., & Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 15-28. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1051616>

- Le Concours Médical. (2015). *La fin de l'exercice isolé : Le choix du futur*. <http://www.lesinterprosdelasante.fr/sites/default/files/LesInterProsPubliCM10.pdf>
- Code de la santé publique—Article L6323-1, L6323-1 Code de la santé publique (2009).
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires—Article 36, 2009-879 (2009).
- Code de la santé publique—Article L6323-3, L6323-3 Code de la santé publique (2019).
- Légifrance. (2020, août). *Code de la santé publique*. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002-303 (2002).
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 (2009).
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016-41 (2016).
- Long, S. (2017, mars 23). 61 jours pour un spécialiste, 8 pour un généraliste : Les délais d'attente se sont aggravés depuis 2012. *Le Quotidien du Médecin*. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/61-jours-pour-un-specialiste-8-pour-un-generaliste-les-delais-dattente-se-sont-aggraves-depuis-2012>
- Manser, T. (2008). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare : A review of the literature. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Martín-Rodríguez, L. S., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration : A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132-147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Mesnier, T. (2018). *Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- Michel, P., Haeringer-Cholet, A., Kerié-Gascou, M., Larriéu, C., Quenon, J.-L., Villebrun, F., & Brami, J. (2014). *Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France*. 7.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, Santé publique France, DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2017). *L'état de santé de la population en France : Rapport 2017*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *Ma Santé 2022*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
- Ministère des solidarités et de la santé. (2020, août 20). *Vivre avec une maladie chronique*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>

- Moreau-Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Obsan Bulletin 4/2013))*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Ordre national des infirmiers. (2018). *Dépression, épuisement professionnel, mal-être : Quelle réalité au sein de notre profession ?* https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/publications/Mal_etre_synthese_enquete_avril%202018.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development (Éd.). (2017). *Tackling wasteful spending on health*. OECD.
- Organisation Mondiale de la Santé. (s. d.). *Maladies chroniques*. WHO; World Health Organization. Consulté 20 août 2020, à l'adresse https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. World Health Organization.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. van. (2005). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education : Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- Sims, S., Hewitt, G., & Harris, R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams : A realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 20-25. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.939745>
- The Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2007). *Définition et principes de la formation interprofessionnelle : La perspective du CPIS*. https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=6652&lang=en
- Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. (s. d.). *Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles*. Consulté 20 août 2020, à l'adresse https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf
- URML. (s. d.). *CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé)*. URPS. Consulté 20 août 2020, à l'adresse <https://urml-paysdelaloire.org/cooperations-interprofessionnelles/cpts-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante/>
- Yvon Berland. (2002). *Mission « Démographie des professions de santé »*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/024000643.pdf>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Projet de santé des ESP CLAP	65
ANNEXE 2 : Description détaillée des actions.....	89
ANNEXE 3 : Tests non paramétriques utilisés dans l'étude documentaire	91
ANNEXE 4 : Guide d'entretien	93
ANNEXE 5 : Entretien professionnel	95
ANNEXE 6 : Observation de l'équipe en Loire-Atlantique, ZIP	103



PROJET DE SANTÉ

Equipe de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient

(Hors maison de santé et centre de santé)

Nom de l'équipe:

Cliquez ici pour taper du texte.

Date de création:

Cliquez ici pour entrer une date.

Adresse d'envoi:

ARS-PDL-DOSA-ASP@ars.sante.fr

ARS Pays de la Loire
Département Accès aux Soins de
Proximité
17 Boulevard Gaston Doumergue
44 262 NANTES



Nom de l'équipe :

Cliquez ici pour taper du texte.

Lieu : (Ville ou agglomération sur laquelle les professionnels de santé exercent).

Cliquez ici pour taper du texte.

OBJET : AMELIORATION APPORTEE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTELE :

Les objectifs recherchés par le projet de santé de l'équipe :

- Amélioration du parcours du patient et de la prise en charge de sa pathologie
- Amélioration de la coordination entre professionnels
- Amélioration de la communication entre professionnels
- Améliorer la connaissance interprofessionnelle

Autre :

Cliquez ici pour taper du texte.

THEME CHOISI :

Cliquez ici pour taper du texte.

Exemple :

- *thématique par pathologie : ex maladie chronique : diabète, plaies chronique, maladie cardio-vasculaire,...*
- *thématique par profil de patient : personnes âgées, handicap, patients fragiles, patients en sortie d'hôpital... ;*
- *autres thématiques : maintien à domicile, soins palliatifs, prévention, lutte des inégalités sociales de santé,*



Les membres de l'équipe :

Nom :	Prénom :	Profession :	Adresse d'exercice :	Téléphone :	Adresse email :	Numéro professionnel (RPPS, Fines, ou Adeli)	Ecriture du projet de santé* :
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.



PROJET DE SANTE

- Equipe de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient •

Nom :	Prénom :	Profession :	Adresse d'exercice :	Téléphone :	Adresse email :	Numéro professionnel (RPPS, Fines, ou Adeli)	Ecriture du projet de santé* :
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.
Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Cliquez ici pour taper du texte.	Choisissez un élément.

Identifier les professionnels de santé membre de l'équipe de soins primaires. Seuls les professionnels de santé définis selon le code de santé publique peuvent faire partie de l'ESP-CLAP cf. annexe 1. Les professionnels identifiés comme membres pourront bénéficier d'accompagnement financier et méthodologique pour les actions menées. Les professionnels salariés (IDE Asalée) peuvent aussi être membre mais sans indemnisation.

*Noter oui ou non si les professionnels ont participé entièrement à l'écriture de ce projet de santé, seuls les professionnels ayant écrits le projet seront indemnisés pour cela (rémunération équivalent à 10h de réunion pour les rencontres et la rédaction du document et des outils.)



Dispositif d'information sécurisé commun

Les équipes devront disposer d'un **dispositif d'information sécurisé commun**, leur permettant d'échanger et de partager des informations et des données numériques de manière sécurisée. A minima, elles disposeront d'une messagerie sécurisée tel que MS Santé, Apicrypt, ou autre messagerie compatible.

Nom de(s) messagerie(s) compatible(s) choisie(s) :

Cliquez ici pour taper du texte.

Les modalités de travail pluri-professionnelles :

Les équipes devront choisir des modalités de travail pluri-professionnelles sur lesquelles elles souhaitent orienter leur projet de santé.

Pour chacune des actions choisies les professionnels devront décrire succinctement leur organisation, suivi et évaluation, sur les pages suivantes et correspondantes.

Choix des modalités :

Le projet de santé suivant propose quatre principales modalités rémunérées à vous de choisir ce qui correspond à vos besoins. L'équipe peut choisir autant de modalités qu'elle le souhaite, au minimum il faudra mettre en place au moins l'une d'entre elle.

1 - Plans Personnalisés de Santé :

Réalisation de **Plans Personnalisés de Santé** (PPS) qui s'applique dans toutes les situations où un travail formalisé est utile entre acteurs de proximité exerçant au plus près du patient. Il favorise la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Il prend en compte toutes les dimensions de la prise en charge des patients : médicale,



psychologique et sociale pour les patients complexes nécessitant une concertation entre professionnels.

Le Plan Personnalisé de Santé prend la forme d'un document rédigé.

- Il identifie les difficultés liées à la prise en charge du patient.
- Il définit et planifie les interventions nécessaires à la prise en charge
- Il identifie les professionnels chargés des interventions et un référent du plan de soins.
- Il prévoit le suivi et l'évaluation du plan d'actions.

Cf. pages n° 11 et 12 à détailler.

Dans la pochette « outil » vous trouverez une trame proposée par l'association régionale des ESP CLAP pouvant être utilisée pour la réalisation de vos Plans Personnalisés de Santé.



2 - Concertations pluri-professionnelles en présence du patient :

Organisation **de réunions de concertation en présence du patient**, pour réaliser des consultations ou des visites à domicile communes débouchant sur un plan d'action. Elles permettent de coordonner une prise en charge et de répondre à une problématique conjointement. Elles peuvent aussi avoir lieu en présence d'aidants et/ou d'acteurs du médico-social.

Cf. pages n° 13 et 14 à détailler.





3 - Concertations pluri-professionnelles d'amélioration des pratiques et des prises en charge sans présence du patient :

Organisation de **réunions de concertation pluriprofessionnelles d'amélioration des pratiques** autour d'une catégorie de patients ou d'une thématique. Elles ont pour objet de définir des modalités de prise en charge optimale et d'améliorer la coordination pluriprofessionnelle. Elles peuvent déboucher sur la rédaction d'un protocole pluriprofessionnel.

Cf. page n°15 à détailler.

Dans la pochette « outil » vous trouverez une trame de compte-rendu proposée par l'association régionale des ESP CLAP pouvant être utilisé pour la réalisation de vos concertations pluriprofessionnelles.



4 - Protocoles pluriprofessionnels :

Mise en œuvre de **protocoles pluriprofessionnels**. Un protocole pluriprofessionnel décrit, pour une situation type, le schéma optimal de prise en charge par l'équipe en précisant qui fait quoi, quand et comment.

Le choix des thèmes se fait en lien avec les besoins identifiés par l'équipe. Ils peuvent s'organiser sur une catégorie de patients ou être réalisé pour une seule prise en charge complexe. Les protocoles sont régulièrement évalués et mis à jour.

Deux financements sont proposés pour ces protocoles différenciant

- **les protocoles organisationnels simples** : décrivant une organisation, le rôle de chaque professionnel dans une prise en charge ou un parcours de soin.
- des **protocoles organisationnels plus complexes** comprenant des activités non prise en charge dans la nomenclature ; ex exemple une organisation demandant des réunions de concertation pluriprofessionnel en présence ou non du patient, des consultations de professionnels non pris en charge par la CPAM (ex : diététicien, ergothérapeute,..), des plans personnalisés de santé, ...

Cf. pages n° 16 et 17

Dans la pochette « outil » vous trouverez quatre exemples de protocoles proposés par l'association régionale des ESP CLAP pouvant être repris pour la réalisation de vos propres protocoles.

Autres modalités de travail pluriprofessionnel :

Les autres modalités de travail suivantes demandent un investissement supérieur et sont rémunérées dans d'autres cadres réglementaires (appel à projet, demande d'autorisation,..). Elles sont néanmoins aussi proposées en choix aux ESP CLAP souhaitant investir ces champs.

5- Actions de prévention :

Réalisation d'**actions de prévention** proposées à un groupe de patients définies et portées en pluriprofessionnalité.

En répondant à l'appel à projet ARS prévention pour les acteurs du premier recours, dans des actions de prévention de proximité. Dans ce cadre, des financements définis dans l'appel à projet pourront être apportés.

Cet appel à projets porte sur 7 thématiques prioritaires :

- alimentation et activités physiques
- vie affective et sexuelle
- addictions
- santé mentale
- santé environnementale
- vaccination
- insuffisance rénale chronique

Le projet doit répondre aux principes posés par le cahier des charges de cet appel à projets. Si vous êtes intéressé l'association pourra vous accompagner.

Cf. page n° 18 à détailler.





6 - Programme d'éducation thérapeutique du patient :

Mise en place d'un **programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP)**. L'ETP est une action de prévention pour les malades atteints de pathologies chroniques, visant à les rendre plus autonomes face à leur maladie. Tout programme d'ETP doit faire l'objet d'une demande d'autorisation à l'ARS. La procédure de demande d'autorisation est disponible sur le site de l'ARS : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/demander-une-autorisation-pour-un-programme-deducation-therapeutique-du-patient-etp>

L'association régionale des ESP-CLAP pourra, si vous êtes intéressé, vous accompagner dans cette démarche.

Cf. page n° 18 à détailler



7 - Autres actions :

Les professionnels peuvent aussi proposer d'autres types d'actions autour des soins de premiers recours qui devront toujours avoir pour objet l'amélioration des prises en charge des patients communs et de la coordination pluriprofessionnelle.

Les autres actions mises en place non proposées dans ce projet de santé ne pourront pas bénéficier de financements.

Cf. page n° 18 à détailler





8 - Protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients :

Mise en œuvre de **protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients** type « Asalée* » (article 51). Les protocoles Asalée sont déjà soumis à des financements spécifiques, il n'y aura donc pas dans le cadre de l'ESP-CLAP de financements supplémentaires pour cette action.

Cf. page n°19 à détailler.

Asalée : Coopération entre un médecin généraliste et un infirmier formés sous la forme de protocoles de dérogation d'actes et d'activités pour des dépistages (troubles cognitifs, BPCO) et des suivis de pathologies chroniques (diabète, risque cardio-vasculaire).*

Après avoir choisi vos modalités, détaillez l'organisation et le suivi de celles-ci sur les pages suivantes et correspondantes à celles choisies.



1 - Plan Personnalisé de Santé :

Critères d'inclusion des patients :

Cliquez ici pour taper du texte.

Dans quel cas un Plan Personnalisé de Santé est-il réalisé ?

Ex : Patients complexes, patients âgés, patients fragiles, maintien à domicile,

Professionnels qui seraient susceptibles les réaliser :

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Nombre de plans de soins prévus dans l'année :

Cliquez ici pour taper du texte.

Modalités d'organisation :

Cliquez ici pour taper du texte.

Où sont réalisés les plans de soins ? Comment sont organisés les rencontres entre professionnels et patient ? Qui les organise ? Comment le support de rédaction est choisi/réalisé ? Quelles sont les modalités d'ajout au dossier patient ? Comment le plan personnalisé de santé est communiqué aux autres professionnels ? Qui communique avec les autres professionnels et comment ? S'ils doivent l'être comment le document est-il anonymisé ?

Modalités de suivi et de réévaluation du plan de soin :

Cliquez ici pour taper du texte.

Comment est désigné le référent du PPS ? Quand les patients sont-ils revus ? Qui envoie le justificatif de l'action à l'association ?

En annexe un modèle vierge de plan personnalisé santé de soin peut-être ajouté, un outil d'exemple est proposé par l'association régionale des ESP CLAP.



2 - Concertations pluri-professionnelles en présence du patient :

Critères d'inclusion des patients :

Cliquez ici pour taper du texte.

Dans quel cas une concertation pluri-professionnelle en présence d'un patient est-elle mise en place ?

Ex : Maladies chroniques, maintien à domicile difficile, sortie d'hôpital complexe, patient fragile/complexe,...

Nombre moyen de concertations sur l'année :

Cliquez ici pour taper du texte.

Professionnels qui seraient susceptibles de les réaliser :

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.



Modalités d'organisation :

Cliquez ici pour taper du texte.

Décrire la façon dont la concertation sera organisée : qui prévoit la consultation ? Modalités de communication entre les professionnels : quel professionnel prévient le patient ? , Choix du lieu (cabinet, domicile du patient), choix de la date, qui organise et prévient les autres professionnels,...

Modalités de suivi :

Cliquez ici pour taper du texte.

Comment est désigné le référent ? Comment communique-t-il avec les autres professionnels ? Comment est réalisé le relevé de décision ? Comment sont ajoutées les informations au dossier du patient ? Comment le suivi de la prise en charge est-il réalisé ? Dans quel cas le patient est-il revu en concertation pluri-professionnelle ? Qui envoie le justificatif de l'action à l'association ?

-



3 - Concertations pluri-professionnelles d'amélioration des pratiques et des prises en charge sans présence du patient :

Fréquence moyenne des concertations sur l'année :

Cliquez ici pour taper du texte.

Modalités de sélection des patients ou des thématiques ;

Cliquez ici pour taper du texte.

Pourquoi sont-elles organisées ?

Modalités d'organisation des rencontres :

Cliquez ici pour taper du texte.

Qui organise les réunions, par quel moyen, sont-elles planifiées à l'avance ? Qui détermine l'ordre du jour de la concertation et comment (choix des patients, de la thématique, objectif de la réunion..) ? Qui réalise la communication des rencontres ? Sur quel moment sont-elles organisées ? Comment la date est choisie ? À quel endroit ont-elles lieu?...



4 - Protocole pluriprofessionnel :

Thématique choisie :

Cliquez ici pour taper du texte.

Dans quel cadre le protocole pluri-professionnel est mis en place ?

*Exemple : Organisation d'une prise en charge, de conduites à tenir, prescription anticipée, ...
Après d'une thématique choisie par l'équipe : diabète, plaies chroniques, sortie d'hôpital,
maintien à domicile, pathologie cardio-vasculaire, observance médicamenteuse,...*

Type de protocole :

Protocole organisationnel simple

Protocole organisationnel avec action non-prise en charge dans la nomenclature

Professionnels qui seraient susceptibles d'être concernés :

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.



Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation :

Cliquez ici pour taper du texte.

Décrire succinctement la façon dont le protocole sera réalisé, communiqué, évalué.

Qui organise les réunions de préparation, comment, où ? Qui rédige le protocole ? Qui transmet le protocole aux autres professionnels ? Qui utilise le protocole ? Qui réévalue le protocole et comment ? Qui transmet le document qui justifie l'action et le protocole à l'association ? Le document justificatif est envoyé lorsque le protocole est réalisé et validé par l'équipe et pas à chaque fois que celui-ci est mis en place pour un patient.

En annexe ajouter le protocole.



5 - Action de prévention, 6- Action d'éducation thérapeutique ou 7 - autre action :

Action choisie et thématique principale :

Cliquez ici pour taper du texte.

Décrire l'action choisie (prévention, etp ou autre), et la thématique ou la population concernée.

Professionnels qui seraient susceptibles d'être concernés :

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Les professionnels seront par la suite recontactés par l'association pour les accompagner s'ils le souhaitent dans l'écriture de l'Appel à Projet, du dossier de demande d'autorisation ou pour la réalisation d'une autre modalité de travail pluriprofessionnel.



8 - Protocole nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients :

Thématique choisie :

Cliquez ici pour taper du texte.

Dans quel cadre le protocole de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients est mis en place ?

Professionnels concernés :

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation :

Cliquez ici pour taper du texte.

Décrire succinctement la façon dont le protocole sera réalisé, communiqué, évalué.

Qui organise les réunions de préparation, comment, où ? Qui rédige le protocole ? Qui transmet le protocole aux autres professionnels ? Qui utilise le protocole ? Qui réévalue le protocole et comment ? Qui transmet à l'association le document justificatif et le protocole En annexe ajouter le protocole.

Modalités d'évaluation :

A la fin des deux ans, l'équipe de soins primaires coordonnée localement autour du patient devra transmettre à l'association une évaluation succincte de moyens. Celle-ci permettra d'identifier le travail fourni et de réaliser au besoin des ajustements financiers.

Elle devra comprendre les indicateurs suivants :

Quantitatifs :

- Nombre de concertations pluri-professionnelles réalisées, avec et sans patients
- Nombre de Plans Personnalisés de Santé réalisés
- Nombre de protocoles écrits
- Nombre d'action de prévention ou d'éducation thérapeutique réalisées
- Nombre de patients concernés par l'ESP

Qualitatifs :

Les professionnels devront également réaliser un retour de leurs actions et décrire ce qui a marché et ce qui a moins bien marché et d'en expliquer les raisons. Ils pourront aussi informer l'association vis-à-vis de leur satisfaction quant au dispositif, au choix des actions, au financement et à l'accompagnement.

Une trame d'évaluation sera proposée aux équipes afin d'en faciliter le travail et ils seront contactés par l'association au moment de celle-ci.



Signatures des professionnels impliqués dans l'ESP-CLAP :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Nom Prénom :
Cliquez ici pour taper du texte.
Signature :

Référents administratifs de l'ESP CLAP : Personnes à contacter si questions administratives (coordonnées téléphoniques et email).

Cliquez ici pour taper du texte.

Cliquez ici pour taper du texte.

Annexes 1 :

Liste des professionnels de santé selon le code de santé publique :

Selon la quatrième partie du Code de la santé publique (CSP), les professions de santé se décomposent en trois catégories :

1. **Les professions médicales** : médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.
2. **Les professions de la pharmacie et de la physique médicale** : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux ;
3. **Les auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciens), **les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers et les assistants dentaires.**



Annexes 2 :

Modalités de reconnaissance et de financement :

L'ESP CLAP transmet ce projet de santé à l'Agence Régionale de Santé qui répond par un courrier de reconnaissance.

Une fois celui-ci reçu les membres de l'ESP CLAP pourront s'orienter vers l'association régionale des ESP CLAP pour signer une convention avec celle-ci. Cette convention n'est pas obligatoire mais permet d'accorder aux professionnels un accompagnement et un financement individuel pour les actions menées, selon le tableau de financement ci-dessous. Les membres de l'ESP CLAP deviendront également membres de l'association régionale ESP CLAP en signant cette convention.

Action	Valorisation	Justificatifs
Elaboration du projet de santé	<p>Dotation forfaitaire <u>rétroactive</u> après dépôt du projet de santé à l'ARS</p> <p>500 euros par professionnel ayant participé entièrement à la rédaction.</p>	Projet de santé signé
1- Plans personnalisés de santé	<p>Forfait de 150 euros par PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> - intégrant le temps de réunion de coordination (éventuellement au chevet du malade), l'écriture et le suivi du PPS, - 50 euros pour le référent du PPS - puis les 100 euros sont à répartir entre les professionnels ayant participé au PPS 	Nombre de PPS formalisés et, par PPS, la liste des professionnels ayant participé en identifiant le référent
2 - Réunion de concertation en présence du patient	<p>75 euros pour les professions médicales et 60 euros pour les autres professions de santé par concertation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par professionnel présent - Intégrant la préparation et l'organisation de la concertation <p>Dans la limite de 12 réunions par an</p>	Nombre de réunions et feuilles d'émargement
3 - Réunion de concertation d'amélioration de pratique et	<p>75 euros pour les professions médicales et 60 euros pour les autres professions de santé par réunion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par professionnels présents - dans la limite de 10 réunions par an. 	Nombre de réunion et feuilles d'émargement

de prise en charge sans présence du patient		
4 - Protocole pluriprofessionnel	<p><u>Cas 1</u> : protocole organisationnel simple dont toutes les activités sont prises en charge par la nomenclature</p> <p>Forfait de 400 euros par protocole et par an répartis entre les professionnels ayant participé à la mise en œuvre du protocole</p> <p><u>Cas 2</u> : protocole organisationnel plus complexe avec des activités non prise en charge dans le cadre de la nomenclature ;</p> <p>Forfait de 700 euros par protocole par an répartis entre les professionnels ayant participé à la mise en œuvre du protocole</p>	Protocoles et liste des professionnels ayant participé à la mise en œuvre du protocole
5 - Action de prévention	<p>Financement dans le cadre d'un appel à projet régional annuel</p> <p>Dépôt d'un dossier de candidature comprenant un budget prévisionnel de l'action.</p> <p>Les modalités de prises en charge sont définies dans le cahier des charges de l'appel à projet</p> <p>L'association régionale peut appuyer les équipes dans le dépôt d'un dossier.</p>	Définis dans le cahier des charges de l'appel à projet
6 - ETP	<p>Financement dans le cadre d'une contractualisation avec l'ARS.</p> <p>Aide au démarrage forfaitaire :</p> <p>Cette aide permet aux professionnels de construire leur programme d'ETP.</p> <p>Financement des programmes autorisés dans le cadre d'un contrat de financement</p> <p>250 euros par patient inclus dans le programme au titre de l'ETP + une aide spécifique pour le développement de l'ETP en proximité (montant forfaitaire)</p> <p>L'association régionale peut appuyer les équipes dans le dépôt d'un programme.</p>	Définis dans le contrat

Les autres actions et les protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patients (8) ne sont pas soumis dans ce projet à d'autres financements.

Action	Description
Réunions de concertation d'amélioration des pratiques et des prises en charge sans patient	Organisation de réunions autour d'une catégorie de patients ou d'une thématique. Elles ont pour objet de définir des modalités de prise en charge optimale et d'améliorer la coordination pluriprofessionnelle. Elles peuvent déboucher sur la rédaction d'un protocole pluriprofessionnel.
Réunions de concertation en présence du patient	Organisation de réunions pour réaliser des consultations ou des visites à domicile communes débouchant sur un plan d'action. Elles permettent de coordonner une prise en charge et de répondre à une problématique conjointement. Elles peuvent aussi avoir lieu en présence d'aidants et/ou d'acteurs du médico-social.
Plans personnalisés de santé (PPS)	S'applique dans toutes les situations où un travail formalisé est utile entre acteurs de proximité exerçant au plus près du patient. Il favorise la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Il prend en compte toutes les dimensions de la prise en charge des patients : médicale, psychologique et sociale pour les patients complexes nécessitant une concertation entre professionnels.
Protocoles pluriprofessionnels	<p>Un protocole pluriprofessionnel décrit, pour une situation type, le schéma optimal de prise en charge par l'équipe en précisant qui fait quoi, quand et comment.</p> <p>Le choix des thèmes se fait en lien avec les besoins identifiés par l'équipe. Ils peuvent s'organiser sur une catégorie de patients ou être réalisé pour une seule prise en charge complexe. Les protocoles sont régulièrement évalués et mis à jour.</p>
Protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins	Mise en œuvre de protocoles nationaux de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients type « Asalée » (article 51).
Action de prévention	Réalisation d'actions de prévention proposées à un groupe de patients définies et portées en pluriprofessionnalité.
Programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP)	L'ETP est une action de prévention pour les malades atteints de pathologies chroniques, visant à les rendre plus autonomes face à leur maladie. Tout programme d'ETP doit faire l'objet d'une demande d'autorisation à l'ARS.

Tableau : Comparaison de moyenne avec le test de Kruskal-Wallis

	ANCIENNETE	TAILLE	NOMBRE DE PROFESSIONS	NOMBRE TOTAL D' ACTIONS
Département	$p^* = 0,79$	$p = 0,88$	$p = 0,34$	$p = 0,37$
Zone	$p = 0,66$	$p = 0,79$	$p = 0,16$	$p = 0,55$

* Test significatif quand $p < 0,05$

Tableau : Corrélation avec le test de Spearman

	ANCIENNETE	TAILLE	NB DE PROFESSIONS REPRESENTEES	NB TOTAL D' ACTIONS	NB DE TYPES D' ACTIONS
Ancienneté		$p^* = 0,80$	$p = 0,75$	$p = 0,000017$ Corrélation positive	$p = 0,011$ Corrélation positive
Taille			-	$p = 0,88$	$p = 0,016$ Corrélation positive
Nombre de professions représentées				$p = 0,58$	$p = 0,19$
Nombre total d'actions					-
Nombre de types d'actions					

* Test significatif quand $p < 0,05$

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN

1. Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
2. Pouvez-vous me raconter comment est née votre ESP ? *ou* Pouvez-vous me raconter votre entrée dans l'ESP ? (pour les membres arrivées en cours de projet ou après son écriture)
 - *Circonstances (territoire, nouveau projet, dynamique de la ville)*
 - *Quelles étaient vos motivations pour intégrer le projet ?*
 - *Première présentation de l'ESP CLAP. Comment le dispositif a été connu ?*
 - *Le choix d'une ESP par rapport à d'autres types d'exercice coordonné*
 - *L'écriture du projet*
 - *Que pouvez-vous me dire de la composition de l'équipe par rapport aux professions représentées ?*
3. Pouvez-vous me raconter vos consultations/soins avec les patients ces dernières semaines, et me décrire à quelle occasion vous avez contacté un autre professionnel/un autre membre de l'équipe ?
 - *Contexte : situation, type de patient*
 - *Moyens de communication*
 - *Utilisation d'un protocole ?*
4. Pouvez-vous me raconter le dernier contact avec un autre professionnel de santé/un autre membre de l'équipe ?
5. Pouvez-vous me raconter la dernière action de concertation formalisée à laquelle vous avez participé ? (Évoqué les actions pas encore décrites)
 - *Qui a été à l'initiative ?*
 - *Les rôles sont repartis ?*
 - *Si c'est une réunion, est ce qu'il y a un compte-rendu ?*
6. Pouvez-vous m'expliquer ce qui a changé pour vous depuis votre engagement dans l'ESP ?
 - *Dans les soins, dans les activités*
 - *Dans les relations aux professionnels et aux patients*
 - *Satisfaction travail*
 - *Remplaçants*
 - *Autres effets sur le territoire (CPTS, lien avec les autres communes)*
7. S'il y 'en a, quels sont les futurs projets de votre équipe ?

Personne interrogée : Médecin généraliste de l'équipe en Loire Atlantique, ZAC. Entretien réalisé en présentiel

Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?

A partir de quand ?

Globalement, les études ou si vous avez fait plusieurs villes.

Alors moi j'ai fait mes premières... J'ai eu mon concours à X, j'ai fait mon externat à X. Je suis arrivé, j'ai fait ensuite mes trois ans d'internat à X. Euh, j'ai effectué ensuite des remplacements de 2009 à 2015. Et je remplaçais D. ici en ... 2010. On s'est pris une année sabbatique en 2014 mais on avait déjà le projet avant de partir en fait, il y avait déjà ce projet de maison de santé, il y avait déjà l'opportunité d'intégrer, il fallait un deuxième médecin sur X donc en 2014, on est partis. On savait déjà, il y avait déjà la maison de santé qui se construisait pendant ce temps-là. En mars 2015, on a commencé et je me suis installé à temps plein depuis mars 2015, donc ça fait 5 ans.

Donc c'est le fait d'avoir fait des remplacements ici et le fait d'avoir vu le projet de maison qui vous a décidé de vous installer ici. Est-ce que vous pouvez me raconter comment est née votre ESP CLAP ?

Alors je sais plus, je pense que c'est D. qui a eu l'idée. Sur l'idée de rencontres qui étaient très informelles, au départ, avec des infirmières. En fait, en 2015, quand on a intégré la maison de santé, il a fallu que D. et moi, on se fasse un emploi du temps, un planning. Et sur ce planning, on avait réservé officiellement le vendredi de 13h à 14h je crois, une réunion qui au départ était une réunion, un temps d'échange médecin. On s'est rendu compte que ce temps d'échange entre médecins, il était entre nous très informel, on a pas les mêmes patients, donc quand on se pose une question, c'est plutôt, c'est plutôt « Qu'est-ce que tu ferais pour ça ? ». Et finalement, on s'est rendu compte que les professionnels avec qui on avait besoin d'échanger, ce sont surtout les infirmières. C'était informel et que quand c'était informel, ça revenait assez, ça pouvait être assez décousu. C'est-à-dire, elles pouvaient nous appeler le lundi pour la situation de M. Untel le mercredi, etc. D. faisait partie de, étant syndiqué, étant ailleurs, a entendu parlé de l'ESP a dit pourquoi on ne rentrerait pas. Ça nous permettrait d'avoir un cadre sur des choses qu'on fait déjà et donc ça a permis de formaliser ce qu'on faisait déjà. Et dans un deuxième temps, ce qui était intéressant, voilà, c'est tout ce qui était proposé par la structure que je connaissais pas. Donc de faire des protocoles qui, euh, nous servent bien. Ça fera deux ans maintenant je pense pour l'ESP. En tout cas on a fait tout l'année dernière, tout 2019.

J'ai l'impression 1 an et demi.

Oui c'est ça. Tout 2019. Et effectivement, ça nous permis de créer des protocoles, un protocole effectivement. On en avait d'autres qu'on voulait mettre en place. Pour l'instant, c'est les réunions patient auxquelles vous venez d'assister qui sont vraiment les plus intéressantes. Ça n'empêche que notre protocole PLAIE, il est, c'est le seul qu'on a fait mais il marche super bien. Ordonnance toute prête, on fait, c'est, ça fil, ça marche très très bien. Bon après, la crise du COVID a mis un petit peu un stop sur les protocoles qu'on devait faire mais d'un autre côté, nous a permis aussi de discuter et d'échanger avec les infirmières largement dans l'ESP pour mettre en place des protocoles de prélèvements, de savoir etc. On a varié les protocoles qui devaient rester sur du long terme. Finalement qu'on devait faire pour du long temps, on a fait du court terme là avec le COVID là récemment.

Et comment s'est déroulé l'écriture du projet de santé lors de la création de l'ESP CLAP ?

Alors comme on a une maison de santé pluriprofessionnelle, on avait déjà, on a une structure, ici la structure juridique est une SISA. Et dans notre SISA, on avait déjà un projet de santé qui était fait. Et donc le projet de santé de l'ESP CLAP, c'est le projet de santé de la SISA qui est partagé par tous les membres de la maison de santé, y compris ceux qui ne sont pas encore dans l'ESP CLAP. Donc c'est ce projet de santé là.

Est-ce que ça a été plus rapide ?

Alors c'est vrai que ça a demandé beaucoup de travail lorsqu'il a été fait dans les années 2014-2015. Et à cette époque-là, c'est D. qui l'a fait. Maintenant, il faut être honnête, on avait un projet de santé qui tenait la route. On l'avait fait aussi parce qu'on avait un projet au départ, pas l'espoir, on voulait tenter notre chance pour être reconnu maison de santé pluriprofessionnelle qui n'a pas été retenu par l'ARS pour diverses raisons. Le projet de santé était créé, donc le projet de santé pour l'ESP CLAP n'a pas mis très longtemps à être fait puisqu'il existait déjà pour la SISA.

Donc là j'ai pu assister à une réunion et j'ai pu voir quand vous discutez des patients. Est-ce que vous pouvez me raconter un cas patient où il y a eu une collaboration plus accrue ?

Euh... Lequel choisir ... Oui beh, cette dame effectivement qui habitait pas loin, qui nous a mobilisé beaucoup. On voyait bien qu'elle avait des troubles mnésiques, on a fait un bilan mémoire. Elle souhaitait pas forcément rentrer en institution. Elle avait sa petite vie tranquille et tant qu'on la sortait pas de sa petite vie ça allait. Mais nous acteurs, elle nous a mobilisés beaucoup parce que c'étaient beaucoup d'échanges avec les infirmières. Tous les matins, en passant, tout le monde regardait si le volet était ouvert. Euh, moi, les infirmières, le CSS, l'assistante sociale du CCAS. Et énormément beaucoup d'échanges pour essayer de la maintenir à

domicile avec le CLIC, le SSIAD, le MAIA. À l'époque, il existe plus, je crois, euh voilà, beaucoup de choses. On a échangé, beaucoup à travers elle, autour d'elle. On a fait des choses, les infirmières ont fait beaucoup de choses à sa place et puis, voilà. On savait que ça finirait en institution puisque c'est une dame, elle n'a pas de famille, pas d'enfant, on était un peu les seuls référents. On lui a servi de famille donc on a beaucoup échangé autour d'elle et voilà. Et on se disait toujours en réunion « Ça va, ça tient » jusqu'au jour où. Et puis, il est arrivé, elle a été hospitalisée, et puis elle est rentrée en institution, elle est à coté, elle vit sa vie, elle va bien. Mine de rien, c'est une dame qu'on a réussie à, comment, à maintenir à domicile pendant à peu près une année avant l'institution et c'était son souhait. C'était son souhait à elle, même si fin voilà. Donc c'est, on est content de la façon dont ça s'est fait.

Elle vous partageait son ressenti sur sa prise en charge ?

Avec ses propres mots, mais oui. En fait, elle préférerait vraiment que ce soient plutôt les infirmières qui passent la voir parce qu'elles avaient l'habitude, et que je passe la voir. À la fin, quand je passais prendre un RDV, au début elle venait au RDV quand je lui mettais sur un petit papier, et elle le notait. Puis, sur les deux dernières années, elle était plus capable donc c'est moi qui venais mais elle reconnaissait et voilà. Quand je vais la voir à l'EHPAD, elle pense toujours qu'elle est chez elle. Mais bon.

A ce moment-là, comment vous communiquez avec les infirmières ?

Euh, essentiellement par téléphone, par SMS, coup de fil ou de façon, euh, informelle quand on se croisait et qu'on se voyait. Par contre, il y avait toujours le cadre de l'ESP où. En fait, les réunions de l'ESP mensuelles faisaient qu'on cadrerait vraiment les choses. On se donnait la direction et si après, il y avait de petites choses qui arrivaient entre temps et beh là, on était plus de manière informelle. Et là on utilisait pas de messagerie sécurisée ou de choses comme ça parce que ça prend trop de temps. Voilà c'est plus simple par un coup de téléphone ou un SMS que la messagerie sécurisée.

Et ces réunions sont une fois par mois. Comment se détermine la date de cette réunion ?

En général, on la fixe à la fin de la réunion, chose qu'on a pas faite là. Euh, donc je pense qu'ils vont la fixer et me dire, voilà. On la fixe toujours d'une réunion sur l'autre et c'est en général un vendredi. Beh nous, parce que ça nous arrange dans notre organisation normalement. Et le vendredi, les infirmières, elles essayent de faire une fois sur deux de façon à ce que ce ne soit pas toujours, parce que ça implique que celle de repos revienne. On essaye de changer un petit peu pour pas que ce soit pas toujours la même de repos qui revienne sur son temps de repos. Mais

ouais, c'est fixé d'une fois sur l'autre, et d'une fois sur l'autre, la thématique est abordée, en disant est ce que c'est patient, est-ce que ça sera protocole.

C'était ma question suivante. Est-ce que c'est toujours sur des patients ou des fois c'est sur l'organisation de manière générale ?

C'est voilà. En général... Le COVID a beaucoup changé les choses. Mais quand on a fait les protocoles, on fixait deux réunions. Quand on a fait le protocole plaie, là on était carrément à des réunions tous les 15 jours. Enfin, il y a un moment, on fixait 15 jours plus tard, c'est le protocole PLAIE et puis 15 jours d'après, on revenait, il était temps de parler des patients et puis 15 jours d'après, il a fallu valider le protocole PLAIE avec ce que chacun avait cherché, validé de son côté. Donc voilà, on va s'y remettre au protocole, mais bon. Ça été mis un peu entre parenthèse.

Comment sont choisis les thématiques des protocoles ? Pourquoi un protocole sur les plaies en premier ?

Parce que c'était celui qui nous posait le plus, il s'est imposé de lui-même. C'était celui qui posait le plus de problème, qui revenait le plus souvent pour les infirmières, et sur lequel elles avaient le plus de, elles avaient un besoin de clarté, nous aussi d'ailleurs, nous aussi on avait un besoin de clarté sur ce qu'on prescrivait et sur la manière dont on communiquait et de savoir quand est-ce qu'on mettait fin ou pas à la comment... Comment elles nous informaient soit de la guérison, soit de l'évolution, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Et les autres protocoles, on avait vu ce qui avait déjà été fait sur les autres protocoles ESP CLAP. Et je sais plus, on avait dit « *tiens le prochain, voilà, le prochain qu'on fera, ça sera celui-là* ». Parce qu'effectivement, c'est celui qui nous paraît le plus pertinent à voir. Les plaies, de toute façon, je pense que même s'il ne figurait pas, on en aurait eu l'idée. Parce qu'il était vraiment nécessaire. La prise en charge des plaies chroniques, il y a besoin d'une coordination médecin-infirmière qui est importante.

Et donc on parlait tout à l'heure des réunions avec patients, qui sont chronophages et donc qui n'ont pas été faite parce que l'occasion de s'est pas présenté aussi. Il y a également les plans personnalisés de santé qui sont dans les actions aussi dans actions ESP CLAP.

Ça, ça me parle moins. C'est là où peuvent venir les assistantes sociales ?

C'est tout un plan avec 3-4 pages où on voit la situation familiale et on choisit quels soins on arrête, quelle prise en charge on continue, etc. C'est moins mis en place par les équipes contrairement aux protocoles et aux réunions sans patients.

Sans patient, ça nous permet vraiment d'échanger, d'aller à l'essentiel sur ce qu'on veut et aussi d'avoir un même discours et de savoir qu'on aura ce même discours, euh, vis-à-vis du patient. On sait que le patient n'essaye pas de nous diviser entre guillemets et je pense qu'effectivement, quand on fera avec patient, ça sera un jour où on aura une situation où on sera bloqué et je vois ça plutôt sur voilà, on fera avec le patient, en disant « voilà, tout ce qu'on a fait, voilà ou on en est, voilà ce qu'on peut vous proposer ». Sur un patient, qui est dans le refus, d'une institution en disant « voilà où on risque d'aller et nous tous professionnels qui sont là, on voulait en discuter avec vous. ».

Et là j'ai pu remarquer pendant la réunion de concertation, il y a pas spécialement de compte-rendu qui est fait, chaque médecin ou chaque infirmière prend des notes sur ces patients.

Alors si, sauf qu'il a pas dû le faire, il l'a pas fait là. Si, si il le fait normalement, c'est D., c'est vrai qu'il ne l'a pas fait là. Mais si, si il en fait un pour chaque patient. Après c'est succinct. Il met juste *idem*, l'idée général qui se dégage en enlevant les phrases, voilà. Normalement, on garde une trace de ce qu'on a dit pendant la réunion.

Après ce compte-rendu est envoyé par mail ?

Il faut se référer au Docteur C. qui s'en occupe, secrétaire de séance. Si je pense qu'ils les envoient pour validation, ils les envoient par ...

Et entre vous ?

Entre nous, non, on les garde, on s'est dit les choses, normalement, on sait où on va. Moi, je remets un mot après de ce que j'ai pu noter, je remets un peu dans le dossier médical du patient en question. On oublie vite autrement.

Très pratico-pratique, les réunions ont lieu dans le bureau où on était ?

Ça change, quand on a la possibilité, on le fait dans la salle de pause là-haut. Maintenant, on est 4 et on ne peut pas imposer nos réunions à ceux qui mangent en même temps. Et d'ailleurs, ils n'ont pas à assister à ces réunions-là. Euh, et, après ça change, une fois ça se fait chez D., des fois ici, des fois chez les infirmières, ça dépend. On change un peu de bureau.

On a abordé la question tout à l'heure en collectif. Mais là de manière plus personnelle pour vous, qu'est ce qui a changé depuis votre engagement à l'ESP CLAP pour vous ?

Euh, une facilité de, beh non une formalisation de la coordination autour du patient. C'est vraiment ça, c'est des choses qui soient plus cadrés, qui soient plus formels et qui sont dites, qu'ils laissent des traces donc sur lesquels, on, euh, ce sont des décisions prises, actées, qui sont collégiales et c'est pas des petites choses qu'on peut dire entre deux portes et après ne pas s'en souvenir ou dire « *Je n'avais pas fait comme ça* ». C'est aussi une manière, beh, de, de cadrer et d'assumer la prise en charge. Et aussi d'avoir une prise en charge qui soit collégiale parce qu'il y a, des, euh, là ça s'est pas présenté, mais des fois il y a des questions qui sont posées et ce qui est intéressant, c'est souvent nos deux infirmières qui parlent et le médecin du patient, et puis le médecin qui n'est pas concerné, qui peut éventuellement donner son avis sur la conduite à tenir qui est proposée et ça permet de réfléchir. Il arrive parfois qu'on se dise qu'on va chercher, qu'on va chercher la fiche HAS pour la prochaine fois et pour ça, on va regarder pour ça et on la ramène la fois d'après, quoi.

Avec l'expertise de chacun.

L'expertise mais c'est aussi de la formation médicale enfin, de la formation continue aussi bien des infirmiers que médical.

Est-ce que les patients voient cette coopération et vous le transmettent ?

Ils ne savent pas qu'on se réunit, certains le savent, on leur en parle et on leur en dit surtout quand on a des patients pour lesquels on sent bien qu'ils essayent de, pas de nous diviser, mais de voir qui a dit quoi ou en tout cas de pas raconter la même chose à l'infirmière sciemment ou non d'ailleurs. Mais, euh, je pense que les patients, ici en tout cas, même s'ils ne sont pas au courant des réunions, je pense le voit je pense de façon autrement implicite que entre médecins et infirmières, on se parle. Et c'est pas le docteur a dit ça donc j'applique bêtement. C'est « *il a fait ça, ça surprend alors je peux l'appeler il y a pas de problème* ». Les patients ici savent très bien qu'il y a une coordination. Je sais pas si eux se rendent compte que c'est une coordination, mais bon ils savent qu'on se parle et ils savent qu'on agit ensemble.

Encore une fois, ça a été un peu abordé tout à l'heure, il n'y a pas de CTPS qui se créé sur le territoire, est ce que vous avez eu d'autres relations avec la Mairie ou autres partenaires ?

Non pas plus que ça.

Et ce bâtiment a été construit par la Mairie ?

Il a été construit par la Mairie, nous sommes des locataires.

Et vous quels sont les futurs projets de l'ESP CLAP ?

Euh, alors continuer nos réunions patient, c'est certain, c'est indispensable, je pense que c'est vraiment la coordination médecin-infirmière. Ensuite, les protocoles, il faut qu'on en fasse d'autres. Et ensuite, intégration de d'autres professionnels paramédicaux. Ça, ça viendra quand nous on sera à l'aise, quand on fera tourner quelque chose et quand on pensera que les paramédicaux peuvent nous apporter quelque chose. Parce que là on est un noyau de quatre et à quatre on est un chiffre, je trouve, où ça tourne très bien. Des fois faire des réunions à 10, c'est pas productif du tout. Parce que tout le monde parle, que deux parlent en aparté et ça enfin voilà, c'est une heure de perdue donc c'est pas la peine. Donc intégrer d'autres professionnels de la maison de santé mais quand on jugera que ça sera utile et les bons.

Donc quand il y aura le besoin, intégrer les autres professionnels. Je crois que ça s'est passé comme ça avec la dentiste.

Oui, S. est arrivée au mois de Novembre. On a monté l'ESP aussi parce qu'on travaille tous les 4 de la même façon, ce qui n'est pas le cas avec tout le monde forcément dans la maison de santé. Et on se voit pas forcément intégrer des gens dont la façon de voir les choses est pas tout à fait la même. La dentiste, oui à une façon de voir les choses qui correspondent à la nôtre, assez dans le protocole, dans les choses cartésiennes et dans l'échange.

J'ai abordé les points que je souhaitais aborder. Il y a-t-il des points que vous souhaitez ajouter ?

Non, c'est bon.

L'équipe est composée de 13 professionnels : deux médecins généralistes, cinq orthophonistes, deux psychomotriciennes, une ergothérapeute, une diététicienne et une orthoptiste. Sont inclus également dans l'équipe des professionnels qui ne sont pas reconnus comme professionnels de santé par le code de santé publique : neuropsychologue, psychologue clinicienne, éducateur technique spécialisé et une art-thérapeute

Le 10 juin, j'ai envoyé un mail aux membres de l'équipe pour savoir s'il était possible d'assister à leur prochaine action. Le 18 juin, j'avais une réponse m'indiquant la date et l'heure de la prochaine concertation : le 3 juillet à 12 h 00.

J'assistais à la réunion par visioconférence. Les membres de l'équipe étaient ensemble au cabinet des orthophonistes, psychomotriciens, etc. Un membre de l'équipe a rejoint la visioconférence à 12h05. Je pouvais voir une grande partie de la pièce. Ça avait l'air d'être une salle de pause avec une grande table ovale. Je ne pouvais pas voir les personnes situées aux extrémités de la table.

Lorsque la visioconférence démarrent, les professionnels sont en train de s'installer en discutant et en s'organisant pour le repas. Ils organisent le nombre de chaises. Je n'arrive pas à tout entendre dû à des problèmes de connexion.

Il est 12 h 11, les participants décident de commencer la réunion sans le médecin qu'ils appellent par son prénom et un autre professionnel dont je n'ai pas entendu le nom. L'orthophoniste A rappelle l'ordre du jour de la réunion. La réunion portera sur les conséquences du confinement sur les enfants, la création de la CPTS de Retz, la prise en charge de l'hyperactivité non-médicamenteuse et un point sur les vacances. L'orthophoniste A fait passer la feuille d'émargement.

Chacun continue de manger et signe la feuille d'émargement. Ils décident de faire un tour de table pour se présenter à moi. Il y a deux psychomotriciennes, quatre orthophonistes, une neuropsychologue, une ergothérapeute. Ils m'informent qu'il manque N., le médecin et l'orthophoniste qui travaillent dans le même cabinet. Il y a que des femmes sauf un homme orthophoniste.

Ils commencent par le point sur la CPTS. Une personne ayant assisté à la dernière réunion de la CPTS fait une restitution sur ce qui s'est dit à la réunion et sur ce que seront les sujets de la prochaine réunion. Elle fait partie du groupe de travail sur le développement des enfants. Elle exprime le fait que la CPTS est une « grosse usine à gaz ». Trois personnes posent des questions pour avoir des précisions de manière spontanée. Personne ne lève la main ou attend que quelqu'un lui donne la parole.

À 12 h 19, une personne arrive dans la pièce mais je n'arrive pas à l'identifier.

La conversation sur les CPTS continue mais de manière plus anarchique, chacun parle en même temps, en petit groupe. Ils évoquent que Nathalie est au COPIL de la CPTS.

Ils discutent ensuite de l'inclusion des nouveaux médecins et de d'autres professionnels dans l'équipe. Ils avaient eu la veille une réunion avec Marine Rossignol de l'association ESP CLAP et les potentiels futurs membres. Ils me demandent des précisions ; j'interviens à ce moment-là sur la façon dont l'inclusion peut se passer et les raisons.

À 12 h 25, deux personnes entrent dans la pièce. C'est probablement Nathalie et l'orthophoniste. Ça discute le temps d'amener les chaises pour les nouvelles arrivées. Un tour de table est refait car l'orthophoniste ne connaît pas tout le monde. Ça rigole un peu pendant les présentations. L'ordre du jour est rappelé pour les nouvelles arrivées.

Le sujet de la CPTS est relancé et le médecin complète les propos car fait partie du projet de la CPTS. Elle parle également de l'intérêt de créer une maison de santé pluriprofessionnelle. Elle explique qu'à l'ESP CLAP, il y a un nombre limite de financements des actions et que le plafond est plus haut pour les MSP mais que l'investissement est plus lourd aussi.

Ensuite, le sujet de l'inclusion de d'autres professionnelles revient. Nathalie ayant participé à la réunion de la veille, apporte de nouvelles informations, elle connaît les formes de coopération et donc le transmet à l'équipe.

L'orthophoniste A fait une blague, l'équipe rigole.

Le point sur l'inclusion des nouveaux médecins continue. Ils parlent des médecins de la commune. L'orthophoniste A demande s'il y a d'autres questions. Il y en a pas et dit qu'on passe au point suivant sur les conséquences du confinement sur les enfants. Une professionnelle non identifiée commence à donner son ressenti sur ces patients.

L'orthophoniste A fait de nouveau une blague, l'équipe rigole.

Trois autres personnes donnent leur ressenti tour à tour. L'ordre des interventions n'est pas décidé à l'avance, cela ne respecte pas particulièrement l'ordre de la table. Cela se fait spontanément. Ils se complètent les uns les autres sur leurs expériences « Je te rejoins ». Tout le monde commence à parler en même temps.

Quelqu'un s'interroge si un compte-rendu est écrit pour la réunion.

L'orthophoniste A fait de nouveau une blague, l'équipe rigole.

Une personne demande aux autres membres s'ils ont eu le même ressenti qu'elle sur le sujet. C'est une conversation conviviale où plusieurs personnes parlent en même temps. Ils parlent aussi de l'exposition des enfants aux écrans. Certains professionnels parlent de leur expérience personnelle de leur enfant vis-à-vis de l'école.

L'orthophoniste A intervient pour dire qu'ils se décentrent du sujet. Il recentre le sujet pour revenir sur le sujet du confinement. Ils déplorent le fait qu'ils perdent le suivi des familles peu motivées.

Le médecin et l'orthophoniste ont participé à un webinaire. Le médecin donne la parole à l'orthophoniste de son cabinet pour qu'elle fasse un compte-rendu de leur participation. Tout le monde écoute.

L'orthophoniste A fait de nouveau une blague, l'équipe rigole.

Le médecin puis une autre personne interviennent, tout le monde écoute. La personne reprend des termes dits précédemment. Puis tout le monde parle en même temps.

Suite à une question, le médecin explique à l'équipe le processus du tracing. Puis il y a une discussion sur le sujet, ensuite tout le monde parle en même temps.

On parle d'un point à ajouter dans l'ordre du jour de la semaine prochaine.

Ils parlent ensuite des règles d'hygiène dans le contexte de crise sanitaire, tout le monde parle en même temps.

À 13 h 20, l'orthophoniste A dit qu'il reste 10 minutes à la réunion. Je mets fin à l'observation. Je les interromps pour leur dire qu'un point annuel sera organisé pour leur équipe et que Marine Rossignol prendra contact avec eux. Je les remercie et me déconnecte.

ANGIBAUD

Morgane

10 septembre 2020

**Master 2
Promotion de la santé et prévention**

**Une nouvelle forme d'exercice coordonné en soins
primaires : l'expérimentation des ESP CLAP**

Promotion 2019-2020

Résumé :

Depuis quelques années, les politiques de santé françaises ont fait émerger de nouvelles formes d'exercice coordonné en soins primaires : les maisons de santé pluriprofessionnelles, les équipes de soins primaires et les Communautés professionnelles territoriales de santé. Le dispositif des Équipes de Soins Primaires Coordonnées Localement Autour du Patient (ESP CLAP), en expérimentation dans les Pays de la Loire, est une nouvelle forme d'organisation pour les professionnels de santé libéraux. Après deux années de déploiement, il est choisi d'évaluer ce dispositif. L'étude qualitative décrite dans ce mémoire a été réalisée par entretiens semi-directifs auprès de professionnels inscrits dans ce modèle de coordination. Nous nous intéressons ici à la manière dont les professionnels organisent le travail en collaboration interprofessionnelle au sein des ESP CLAP et les effets sur leurs pratiques.

Mots-clés :

ESP CLAP, Équipe de soins primaires, collaboration interprofessionnelle, exercice coordonné, Soins primaires.

*L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1
n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :
ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*