

Rapport scientifique du projet Concert MSP

La concertation pluri-professionnelle au sein des maisons de santé : une étude interdisciplinaire

Référence du projet : IReSP-LI-SCHWEYER-AAP18-HSR-007

Décembre 2022

Synthèse courte

L'objet et les objectifs du projet

Depuis 2017, l'exercice coordonné au sein des MSP peut être financé par l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en fonction de critères « socles » ou optionnels portant sur 3 axes (accès aux soins, travail en équipe et coordination des soins, système d'information partagé). Le 2^{ème} axe de l'ACI se fonde sur 3 critères : fonction de coordination, protocoles pluriprofessionnels, réunions de concertation pluriprofessionnelles (CPP). Pour répondre à ce dernier critère, il est demandé d'organiser au moins 6 réunions de CPP par an, de définir la prise en charge des patients et sa mise en œuvre, d'intégrer le compte-rendu de réunion au dossier informatisé et de traiter un nombre de cas au moins égal à 5% des patients « médecin traitant » de 75 ans et plus et/ou en ALD.

La recherche avait pour objectif d'analyser dans une perspective interdisciplinaire les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP à partir des déclarations faites à l'ACI. La concertation en ambulatoire est fondamentalement différente du modèle des RCP hospitalières et sa pratique reste marginale dans la culture libérale. Il n'y a pas de données sur l'activité de CPP dans les MSP mais on sait que l'hétérogénéité des pratiques y est forte.

L'hypothèse centrale de la recherche est que les CPP déclarées visent à valoriser à la fois une démarche pour améliorer la qualité des soins et un processus par lequel l'équipe de soins primaires se développe et se renforce. L'effort de connaissance s'inscrit dans une démarche exploratoire (« ouvrir la boîte noire de la concertation pluri-professionnelle ») qui n'est pas de nature, à ce stade, à permettre des préconisations normatives ou prescriptives.

Le projet a été conduit sous la direction de F-X Schweyer par 4 équipes : sociologues (EHESP CMH Arènes), géographes (CNRS, Université d'Angers), médecins généralistes (Universités d'Angers, Nantes, Rennes) avec 10 équipes partenaires : MSP de Brocéliande (Plélan-le-Grand), Clisson, Les Hauts de St Aubin (Angers), Morannes, Neuhof (Strasbourg), St-Jean-du-Gard, St Nazaire, Sud-Ouest Mayennais (Craon-Renazé), Vègre & Champagne (Brulon), Villejean (Rennes). 15 internes en médecine générale, une Mastérienne de géographie et un statisticien (CIC Rennes) ont participé au projet.

Méthodologies utilisées

Une enquête documentaire a fourni des données de cadrage pour les 10 MSP étudiées et un corpus des déclarations ACI nécessaires à l'analyse statistique des CPP. La démarche ethnographique s'est fondée sur des observations de réunions de concertation et a mobilisé la méthode des enquêtes emploi du temps, par un carnet d'enquête proposé dans 7 MSP. 51 réponses exploitables ont pu être traitées. Une campagne d'entretiens dans les 10 MSP réalisée en deux vagues a produit 113 interviews (d'une durée moyenne de 58 minutes).

L'analyse quantitative des CPP effectuées en 2018 et 2019 a traité 1733 comptes rendus disponibles à partir d'une grille d'extraction des données spécifiquement élaborée. Le codage des situations cliniques a mobilisé la 3^e version de la classification internationale des soins primaires (CISP-3). Le traitement des données a utilisé le logiciel SAS®9.4. L'analyse statistique des carnets emploi du temps s'est fondée sur le traitement de deux fichiers Excel (professionnels et séquences d'échanges) constitués à partir du codage des données des carnets.

Les méthodes d'analyse territoriale ont consisté d'abord à élaborer une typologie territoriale pour s'assurer que les MSP retenues représentaient la variété des territoires. La typologie nationale (Irdes 2018) n'a pas été retenue car le but était de classer les territoires des MSP à partir d'indicateurs

d'offre de soins, de population et de structure spatiale. La méthode des cartes mentales a recueilli les représentations subjectives des territoires en fonction des activités professionnelles et des partenariats. L'analyse géographique des entretiens approfondis par MSP s'est faite à partir de deux tableaux de recueil d'information (synthèses d'entretiens par sites et cartes mentales).

Résultats significatifs

Les équipes et MSP étudiées

L'activité des 10 MSP va de 14 à 19 000 C pour 3 MSP à plus de 40 000 C pour 3 autres. Concernant le profil des patients, 4 MSP ont une patientèle peu marquée par la précarité et 5 autres ont une forte proportion de patients précaires. Trois MSP ont une surreprésentation des jeunes parmi leurs patients (et moins de patients ciblés par l'ACI), trois ont une surreprésentation des plus âgés. Trois constats peuvent être faits à propos des professionnels « associés de la SISA » : les médecins sont les plus représentés (30 %) et forment le groupe le plus important dans 6 MSP sur 10 ; le binôme médecin/infirmière est structurant dans toutes les MSP ; le trio professionnel (médecin/ infirmière/ kinésithérapeute) représente dans toutes les MSP au moins les deux tiers des effectifs. La diversité professionnelle est contrastée : faible (2-3 professions) dans 2 MSP, intermédiaire (6-7) dans 4, forte (de 8 à 11) dans 4. Si on prend en compte tout professionnel exerçant dans la structure (associés de la SISA, professionnel libéral à temps partiel, salariés internes ou extérieurs intervenant régulièrement), la taille des MSP se répartit en équipe à petits effectifs (20, 5 MSP), de taille moyenne (20 à 40, 2 MSP), de grande taille (+ de 60, 3 MSP). Concernant les personnels supports rémunérés ou non par la MSP (SISA ou association), on distingue les MSP à effectif support minimal (coordinatrice professionnel de santé à temps partiel, pas de salarié ; 5 MSP) et les MSP à fonctions support étoffées (coordinatrice plein temps, salariés ; 5 MSP). L'architecture juridique des MSP est complexe et hétérogène, et prend différentes formes : l'empilement juridique, la construction simplifiée, les montages juridiques territorialisés et partenariaux. À partir des documents de l'assurance maladie (exercice 2019), un état des lieux des financements ACI obtenus a été établi et montre un taux d'atteinte des indicateurs très élevé : de 90 à 97 % pour 5 MSP, de 76 à 82 % pour les autres. Les MSP de l'échantillon remplissent toutes la condition des 6 réunions sur l'année pour percevoir une rémunération, le nombre de réunions de concertation variant de 13 à 65, sans que cela n'ait d'impact sur le nombre de points alloués.

Les situations de soins et les parcours des patients

1733 situations de patients ayant fait l'objet d'une CPP en 2018 et 2019 dans 8 MSP ont été analysées. La situation clinique faisant l'objet de la concertation était renseignée dans 1575 comptes rendus. Au total, 179 codes issus de la CISP-3, et couvrant l'ensemble des chapitres, ont été attribués au corpus des comptes rendus de CPP, illustrant la grande diversité des situations abordées, au-delà des seuls thèmes prioritaires. Les principaux champs faisant l'objet d'une concertation sont : « pathologie d'organe » (N=807, 27,2 %), « santé mentale et cognition » (N=501, 17,1 %), « problème social » (N=468, 15,8 %), « incapacité fonctionnelle » (N=344, 11,6 %). La distribution des codes permet d'identifier des spécificités dans certaines MSP, en lien avec les caractéristiques de leur population et de leur territoire, les thématiques investies par les équipes ou l'existence de partenariats spécifiques. La MSP 1 présente une proportion élevée de situations en lien avec des problèmes cutanés (29.1%), mobilisant le duo médecins-infirmiers autour des situations de plaies chroniques. La MSP 6 présente des proportions élevées de codes en lien avec des pathologies d'organe (18.3%) ou de gynécologie / périnatalité (15.9%), que l'on peut rapprocher de l'existence de réunions entre médecins généralistes uniquement d'une part, et de réunions thématiques avec des partenaires du domaine de la périnatalité, d'autre part. Les MSP 2 et 3 présentent une part importante de leur activité de concertation orientée vers des situations aux dimensions sociales et fonctionnelles, avec, respectivement pour la MSP 2, 25.6 % de codes « problème socio-environnemental » et 15.4 % de codes « environnement », et pour la MSP 3, 16.9 % de codes « vie quotidienne » et 15.6 % de codes « mobilité ». Ces MSP présentent deux caractéristiques assez similaires pouvant constituer des éléments explicatifs aux types de situations discutées, à savoir : des situations concernant très majoritairement des personnes âgées ; la forte implication des infirmières dans leurs activités de concertation, comme

participantes quasi systématiques, organisatrices des réunions et/ou responsables de la présentation des dossiers. Enfin, la MSP 10 présente un profil de situations atypique, avec notamment 11.2 % de codes liés à des problèmes socio-familiaux (contre 4.7% dans l'ensemble du corpus). Cette observation peut être mise en lien avec le profil des patients faisant l'objet de concertation dans cette MSP, surreprésentant les personnes d'âge intermédiaire et sans activité professionnelle, et implantée dans un territoire caractérisé par des problématiques de précarité sociale. Enfin, l'intégration des patients aux CPP n'est renseignée que dans 41 % des comptes rendus. Ces derniers montrent que les patients ont été informés de la CPP dans la moitié des cas environ (53.8%) et que leur participation était exceptionnelle (1%, soit 14 patients seulement).

Les professionnels et la concertation

Les professionnels enquêtés donnent un sens très large à la concertation, bien au-delà des seuls comptes rendus déclarés à l'ACI selon une définition procédurale et une stratégie locale de valorisation des activités. Les CPP déclarées sont relativement peu nombreuses eu égard aux échanges spontanément évoqués par les professionnels comme participant à une démarche de concertation pluri-professionnelle. C'est pourquoi il a été décidé d'adopter pour l'enquête une approche réaliste intégrant ce que les personnes interrogées considéraient comme « concertation ». Dès lors, la concertation est analysée comme un tout qui englobe à la fois un processus d'exercice pluri-professionnel et des activités délibératoires plus ou moins formalisées au sujet de situations de patients. Rappelons que les professionnels de santé libéraux, pour la plupart, ne sont pas formés à l'exercice coordonné et que leur socialisation professionnelle ignore largement l'approche pluri-professionnelle. De ce point de vue, la concertation est aussi un processus d'apprentissage collectif du travailler ensemble.

Les conditions de possibilité de la concertation sont variables selon les MSP, en fonction de l'origine du regroupement des professionnels de santé, de leur organisation et du fonctionnement des équipes, du rapport entretenu par leurs membres à l'exercice coordonné (conscience d'être interdépendant, capacité à se rendre disponible...), mais aussi en fonction de l'activité des professionnels qui ont des cadres d'emploi (libéral, mixte, salarié) et de travail souvent différents (mono-site, multi-site) et dont les modalités d'exercice (cabinet, tournées, etc.) favorisent plus ou moins les échanges. Les interactions entre professionnels, étudiées à partir des comptes rendus de CPP, montrent que le nombre de personnes présentes en réunion est variable d'une MSP à l'autre :

	MSP1	MSP2	MSP3	MSP4	MSP5	MSP6	MSP7	MSP10
Nombre de CPP analysées	N=331	N=57	N=78	N=123	N=8	N=48	N=264	N=113
Nombre de personnes présentes	2.3 ± 1.2	7.3 ± 2.4	5.3 ± 3.1	5.9 ± 4.1	9.5 ± 0.9	8.7 ± 3.5	6.4 ± 4.6	5.0 ± 3.4

Dans l'ensemble des MSP, les deux professions les plus présentes dans les CPP sont les médecins (83,4%, n=910) et les infirmiers (56,7%, n=621). Selon les MSP, les CPP réunissent également des professionnels hors MSP et peuvent être thématiques. Les 727 échanges tracés dans les carnets emploi du temps de 51 professionnels confirment la prééminence du duo médecin généraliste infirmière dans les concertations et montrent que 74 % des échanges se font entre deux professionnels, 26 % en impliquent 3 ou plus. 74 % des échanges sont centrés sur les patients, 15 % sur la gestion du collectif, 11 % sur des activités santé publique. Ils ont lieu surtout au sein des MSP : cabinet (55 %), espace commun (26 %), domicile patient (6 %), autre (6 %), domicile personnel (7 %). En effet ces échanges se font autant en face à face (49 %) qu'à distance (téléphone, courrier ou mail 45%), et principalement en direct (84 % présence ou téléphone). Les échanges sont non programmés à 78 %, 20 % le sont. Ils sont consignés dans le dossier patient (27 %), font l'objet d'un compte-rendu (10 %) ou n'ont pas de traces écrites (50 %). Les SI sont très peu utilisés même si ce critère ACI est presque entièrement valorisé.

Le vécu de la concertation en équipe

La concertation suppose une participation aux activités collectives qui va d'un engagement fort proche d'une forme de leadership, à des formes de participation plus ciblées ou périphériques, jusqu'au retrait. Au sein des équipes, l'équilibre entre un noyau investi et une périphérie plus suiveuse

est souvent interrogé lors du renouvellement des membres. Les règles imposées par la contractualisation ACI placent les professionnels devant la nécessité d'accepter ces règles par loyauté pour l'équipe, sans les réduire à une forme de contrôle externe. Les formes d'organisation des CPP sont très diverses, ainsi que les objets discutés. Pour comprendre comment sont vécues les activités de concertation, nous avons analysé l'action collective entre pairs selon trois axes : le degré d'horizontalité des relations, l'ambiance et la gestion de la conflictualité au sein des équipes et enfin les valeurs partagées.

L'adhésion volontaire et le désintéressement sont pour l'ensemble des professionnels interrogés des normes d'action structurantes, d'autant que le sens donné à la concertation se focalise sur le bénéfice apporté au patient, et secondairement au professionnel. Dans les discours tenus, on observe une *doxa* de l'exercice coordonné qui met à distance deux sujets « tabous », le conflit et l'argent. Le conflit apparaît incompatible avec un espace de concertation fondé sur l'écoute et le dialogue ; la norme du consensus s'impose dans toutes les MSP et les rares désaccords mentionnés sont minimisés, expliqués et en général surmontés. Les CPP apparaissent comme des réducteurs de tensions (entre professionnels, avec les patients, les aidants) mais aussi comme des espaces de régulation. Beaucoup de professionnels disent ne pas savoir s'ils sont indemnisés pour les CPP, ne pas s'y intéresser, ne rien y comprendre, ce qui peut être une façon de marquer la norme du désintéressement associée au travail de soins. L'indemnisation du travail collectif prévu par l'ACI pour les membres de la Sisa (à l'exclusion des salariés) adopte des règles de gestion locales : le périmètre de ce qui est payé peut varier, les règles de répartition aussi. Certaines équipes ont décidé d'adopter un forfait identique pour tous alors que d'autres pratiquent un paiement différencié selon les professions. De plus, deux conceptions de la concertation s'opposent selon que l'on parle d'indemniser un temps non travaillé (la CPP n'est pas un travail) ou de rémunérer un travail effectué par tous.

La double hypothèse étayant cette recherche semble validée. D'une part, l'amélioration des prises en charge des patients donne au travail de concertation une légitimité pragmatique fondée sur les résultats perçus par les équipes sinon toujours tracés dans les systèmes d'information. D'autre part, les professionnels sont aussi les bénéficiaires de la concertation (gain en compétence, en confiance ou en reconnaissance, sortie d'un isolement professionnel, d'une routinisation de l'activité). De ce point de vue, le travail de concertation contribue à construire le collectif et à le consolider.

Quelles visions du territoire en lien avec la concertation ?

L'analyse géographique fait ressortir les points suivants. On observe une variabilité importante dans les échelles de concertations selon les MSP et sans que cela ne soit nécessairement en rapport avec le type de territoire (rural, semi rural ou urbain). Certaines MSP fonctionnent beaucoup « en interne » c'est à dire à l'intérieur des sites tandis que d'autres déclarent des concertations à une échelle plus large, surtout quand il y a une CPTS ou des liens extérieurs importants. Concernant les liens institués et les partenariats exprimés, on observe là aussi que les situations sont hétérogènes. À la variation de liens et partenariats d'une MSP à l'autre s'ajoute une variation interne d'un professionnel à l'autre, non par profession mais plutôt avec une grande diversité de visions des partenariats de concertation sur le territoire au sein d'une même équipe ce qui conduit à supposer que cette question n'est pas toujours travaillée collectivement et que la concertation se construirait plus souvent individu par individu. La totalité des MSP évoquent un soutien extérieur à des degrés divers de la part des collectivités (Municipalité ou intercommunalité) allant de la plus modeste contribution (bailleur de locaux) à un rôle d'impulsion dans la création de la structure voire de membre. Selon les profils de territoires, on voit apparaître des facteurs qui semblent peser parfois sur la concertation (mais globalement le territoire en tant qu'espace vécu par les populations, est largement absent des réflexions) : lorsque les pôles d'une structure multi-site sont éloignés ou mal interconnectés la concertation est affectée ou lorsque le territoire est perçu comme sous-doté et qu'il en résulte un sentiment d'isolement, les difficultés liées à la concertation semblent accrues. Enfin, les périmètres de MSP ne semblent pas toujours résulter de réflexions territorialisées (au contraire des CPTS et il semble que ce soit un effet vertueux d'avoir les deux).