

« Faire équipage ! »

Témoignage de Daniel Coutant
Participant à la Rencontre et adhérent à l'APMSL

Près de 80 coordinateurs et leaders de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), venus de l'ensemble des Pays de la Loire, ont participé à la 4e Rencontre des coordinateurs organisée par l'APMSL le 22 novembre 2018, à Angers.

Daniel Coutant, adhérent depuis de nombreuses années à l'APMSL, a assisté à cette rencontre. Témoignage.

« *Plus nombreux à participer et à partager un projet* ». C'est ce que nous rappelle Charlotte Dubois, co-présidente, en introduisant cette 4e Rencontre des coordinateurs. Alors qu'elles n'étaient que cinq à la première rencontre, trente-cinq MSP ont répondu aujourd'hui à l'invitation de l'APMSL.

Une APMSL pour développer l'exercice coordonné pluriprofessionnel, englisant les mots « *bienveillance* », « *valeurs* », « *partage* », « *service aux adhérents et à leurs patients* », mais aussi « *méthodologie* », « *proactivité* », « *évaluation* »... Un discours de président-e pouvant paraître généraliste, « *générique* »... mais qui semble « *causer* » à chacun. Alors, quand Didier Ménard déclare « *qu'on fait équipage* » en MSP, c'est encore plus évident... surtout pour les équipages coordinateurs-leaders présents.

Un équipage... du bonheur partagé... mais que d'obstacles pour y parvenir !

Didier Ménard rappelle le contexte qui l'a amené à s'intéresser au bonheur des soignants : réagir au discours médiatique uniformisant sur leur souffrance. Et le connaissant, on devine que le chemin du bonheur ne va pas se résumer à une question de moyens matériels. Sa philosophie : ne pas taire les difficultés, mais croire aux ressources internes des équipes pour y faire face.

L'exercice collectif coordonné est difficile. Aux contraintes bien identifiées (écriture du projet de santé, SISA, système d'information, ACI, protocoles...) s'ajoute le passage d'une pratique individuelle à une pratique collective. Là aussi, c'est un changement de logiciel ! L'exercice pluriprofessionnel, « *c'est accepter le regard de l'autre sur sa pratique, c'est partager ses doutes, ce n'est pas forcément dire "je peux", mais "on va chercher ensemble"...* », tout en restant responsable individuellement.

Heureusement, la MSP produit de l'intelligence collective ; par exemple, quand on discute ensemble d'un problème (d'un cas complexe...), on arrive à construire une réponse. Ainsi pour pouvoir répondre au besoin d'acculturation pour l'exercice coordonné, il y a des ressources. Une vérité qui fait écho à la notion de maturité des équipes évoquée dans la présentation de la journée.

Pour prétendre au bonheur, il y a une deuxième condition : veiller au maintien de la motivation à l'usage du temps et de l'expérience. S'il faut respecter le rythme de chacun et de chaque équipe comme l'a évoqué l'APMSL, les propos de Didier Ménard sont plus précis : il faut admettre des personnalités différentes, des motivations différentes, mais en exigeant un seuil commun de motivation. C'est celui-ci que l'on doit interroger régulièrement, en saisissant toutes les occasions pour le faire : écriture

du projet de santé, du règlement intérieur, arrivée d'un nouveau professionnel... ou encore prendre une journée par an pour ré-interroger ses motivations et programmer l'avenir, afin de prévenir les crises.

Si l'indice de bonheur partagé reste à définir et l'« utopie réaliste » un bel exemple d'oxymore, Didier Ménard nous a donné des clefs pour y travailler et faire des MSP « *des lieux de santé qui diffusent du bonheur pour les soignants, et s'ils ne guérissent pas tous les malades, ils contribuent à donner de l'espérance, de l'énergie, un traitement anti-fatalisme* ». Justement, au début, Charlotte Dubois nous a parlé de service aux professionnels et aux patients...

Une autre ressource : l'écriture

A l'occasion d'un échange avec un participant, Didier Ménard souligne la nécessité d'écrire sur les MSP. Ecrire pas seulement pour fournir des rapports en faisant du descriptif, mais pour dire ce qu'apporte les MSP à la population... ce qui est une façon aussi de parler de territorialité, de contexte...

Deux notions que va reprendre Cyril Bègue pour caractériser la recherche en soins primaires. Dans l'évaluation d'un protocole de pansements, par exemple, s'il est utile de connaître le nombre de guérisons, il n'est pas moins important, pour les acteurs de soins primaires, de chercher à comprendre pourquoi le protocole marche. A la difficulté d'être à la fois acteur de terrain et chercheur, Cyril Bègue a eu cette réponse : « *la subjectivité n'est pas un problème à partir du moment où on le sait et où on le dit* ». Peut-être une façon de décomplexer les acteurs de soins primaires par rapport à l'idée que la recherche ne serait possible qu'avec des chercheurs spécialisés ?

Si conseiller de consolider l'exercice coordonné, de ré-interroger régulièrement les motivations et d'écrire n'est pas quelque chose de nouveau, le ré-entendre dans cette assemblée ne peut que renforcer notre capital de confiance pour mener à bien nos projets.

L'article 51 et les CPTS, des pistes à explorer

L'après-midi, en période post-prandiale, l'assistance a fait preuve d'une qualité d'écoute surprenante à propos d'un sujet, guère sexy : l'article 51 ! Après l'annonce du matin du partage du bonheur en exercice pluriprofessionnel, le temps de convivialité du déjeuner et le plaisir à poser pour la photo, tout le monde était réceptif à la présentation de Pascal Gendry.

Ce dernier fait rapidement ce qu'on pourrait appeler un point d'ordre : l'article 51 dont il parle est celui de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (et non celui de la Loi HPST de 2009 traitant des protocoles de coopération). Cet article doit permettre l'expérimentation d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins. L'expérimentation est prévue sur cinq ans, avec des règles dérogatoires aux modes de fonctionnement habituels et un financement forfaitaire de l'équipe de soins.

Deux axes de déclinaison se précisent.

L'un relève d'une incitation à la prise en charge partagée, sur des thèmes comme l'accès aux soins sur le territoire, la réduction des hospitalisations évitables, l'évitement des ruptures de prise en charge des patients atteints de maladie chronique. Pascal Gendry souligne que tout cela peut se calquer sur ce qui se fait déjà en MSP.

L'autre axe répond à une logique de parcours en incitant à l'exercice pluriprofessionnel, par exemple avec le forfait « suivi de malades chroniques » (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire...), le forfait « personnes âgées », le forfait « ensemble de la patientèle », permettant notamment la prise en charge de soins non remboursés (psychologue, diététicien, pédicure-podologue...).

Son intervention se conclut par une remarque, une condition et une question.

La remarque : la composante qualité est associée à toutes les expérimentations, mais il n'y a pas que les médecins à être impliqués. La condition : l'article 51

oblige à définir une stratégie. La question : doit-on avoir peur d'une rémunération d'équipe ?

Autre actualité : les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), que nous présente Carine Renaux. Ce sont des regroupements des professionnels assurant des soins de premier ou de deuxième recours et des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, à l'échelle d'un territoire, autour d'un projet de santé validé par l'ARS.

Le portage est souple, sans structure juridique imposée, chaque acteur gardant sa propre structuration. Il ne peut y avoir qu'une CPTS par territoire, pour une population d'au moins 20 000 habitants, et le projet doit avoir un sens en terme d'offre de soins, par exemple correspondre à une PDSA, une zone d'attraction d'un établissement (une évocation qui pourrait sentir l'hospitalo-centrisme ?).

Le financement accordé est modeste (15 000 € pour l'élaboration du projet ; 50 000 € maximum par an sur deux ans pour le fonctionnement). Il y a, à ce jour, 200 CPTS sur le territoire français.

A l'évidence, les MSP, modèles d'équipes de soins primaires, doivent être incontournables dans la mise en place d'une CPTS, mais en soulignant trois choses :

- la réflexion pour une action ou un programme ne se fait plus au niveau de la patientèle de la MSP, mais de la population d'un territoire (approche populationnelle) ;
- les programmes sont conçus à partir d'un problème concret. Par exemple : un départ de médecin non remplacé va amener à un redéploiement concerté des généralistes ; le manque de spécialistes va inciter à mettre en place des consultations avancées, pour améliorer les sorties d'hôpital et éviter des hospitalisations ; la fonction d'infirmier de parcours va être imaginée...

- les professionnels de la MSP ne sont pas forcément que des exécutants : ils enrichissent la réflexion, apportent une expertise...

Pascal Gendry souligne un point crucial, celui de la gouvernance. Pour qu'une CPTS fonctionne bien, il faut qu'elle soit acceptée par tout le monde. Ce qui se

conçoit assez facilement dans « l'entre nous » d'une MSP est plus compliqué à mettre en oeuvre dans le cadre d'une CPTS. La solution est peut-être d'avoir une gouvernance partagée (par exemple sous forme de comité de pilotage).

En disant « *servons-nous des CPTS pour développer des dynamiques de territoire* », plutôt qu'une injonction, il faut entendre une invitation à poursuivre la réflexion sur les CPTS et à la partager avec tous les collègues qui ne sont pas présents à cette rencontre...

Une autre « utopie réaliste » à méditer !

Daniel Coutant, participant, adhérent APMSL