

## LA CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE AU SEIN DES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES : PRATIQUES HÉTÉROGÈNES ET STRATÉGIES LOCALES

[Aline Ramond-Roquin](#), [Emmanuel Allory](#), [Laure Fiquet](#)

La Documentation française | « [Revue française des affaires sociales](#) »

2020/1 | pages 125 à 141

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-125.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Documentation française.

© La Documentation française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# **La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales**

Aline Ramond-Roquin, Emmanuel Allory et Laure Fiquet<sup>1</sup>

1. L'ordre de présentation a été défini par les auteurs.

## RÉSUMÉ

La création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) vise le développement des pratiques interprofessionnelles en soins primaires. Le soutien financier des MSP depuis 2017 *via* l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) implique que les équipes rendent compte de leurs activités, en particulier de concertation pluriprofessionnelle (CPP) dont la nature et les formes développées en soins primaires restent encore largement méconnues. Un projet de recherche interdisciplinaire intitulé Concert-MSP est en cours de déploiement pour analyser en profondeur les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP. Cet article se propose de présenter la démarche du projet puis, à partir des résultats de l'enquête exploratoire du projet auprès de six MSP, d'illustrer la diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes ainsi que leurs stratégies de valorisation, puis d'analyser comment la spécificité des soins primaires oblige à repenser la notion de concertation pluriprofessionnelle. L'hétérogénéité des pratiques révèle la nouveauté de l'instauration de ces concertations, une volonté de s'adapter au contexte local et le souhait d'amener progressivement les professionnels de santé vers un changement de pratiques. La mise en œuvre de ces CPP oblige à repenser la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes de coordination au sein des équipes de MSP.

## ABSTRACT

### **Multi-professional consultation at multi-professional healthcare centres Varied practices and local strategies**

Multi-professional healthcare centres (*Maisons de santé pluriprofessionnelles* - MSP) were created with the purpose of developing inter-professional practices in primary care. Financial support for MSP, provided since 2017 through an inter-professional agreement (*Accord conventionnel interprofessionnel* - ACI) requires teams to account for their activities, in particular multi-professional consultation (*concertation pluriprofessionnelle* - CPP), of which the nature and forms in primary care remain largely unknown. This article presents the approach of a multidisciplinary research project called Concert-MSP currently underway to analyse in depth the multi-professional consultation developed by teams at MSP. Then, based on the results of the project's exploratory survey at six MSP, it illustrates the diversity both of practices labelled as CPP by the teams and of their valorization strategies. The article furthermore analyses how the particularity of primary care makes it necessary to reconsider the concept of multi-professional consultation. The variety of practices reveals the novelty of establishing this collaboration, an intention to adapt to the local context, and the wish to progressively lead health professionals towards a change in practices. The implementation of this CPP requires the place of the various primary care actors and the coordination mechanisms in place within MSP teams to be rethought.

## Introduction<sup>2</sup>

Le vieillissement des populations, la prévalence croissante des maladies chroniques et, surtout, de la multimorbidité constituent un défi pour les systèmes de santé, initialement conçus pour répondre à des problèmes de santé aigus (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002 ; Belche *et al.*, 2015). Ces dernières années, de nombreux pays ont initié des réformes de leur système de santé visant à décloisonner les différents acteurs et secteurs du champ de la santé (soins primaires, secondaires et tertiaires ; ville et hôpital ; sanitaire, social et médico-social) afin de réduire la fragmentation dans les parcours de soins et de santé. Ces réformes sont engagées autour de trois principaux axes : la structuration des soins primaires (caractérisés par l'accessibilité, l'approche centrée sur la personne, la globalité, l'intégration des soins et services au patient, la continuité dans le temps) [Starfield, 1994 ; OMS, 2008] ; l'organisation de parcours de santé organisés autour des patients ; le développement d'une plus grande collaboration interprofessionnelle (Willcox *et al.*, 2011 ; OCDE, 2016 ; Gilbert *et al.*, 2010).

En France, la création des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) depuis 2009 s'inscrit dans cette logique d'évolution de l'organisation des soins primaires. Bien que seulement 15 000 professionnels de santé soient actuellement engagés dans ces structures, ils participent d'une profonde reconfiguration de l'exercice (Doisneau *et al.*, 2018). Les premières analyses concernant cet exercice pluriprofessionnel suggéraient « une performance supérieure comparativement à l'exercice standard » sur certains critères très parcellaires (Mousquès et Bourgueil, 2014 ; Mousquès et Daniel, 2015a et 2015b). Depuis 2017, après une importante phase de négociations entre les acteurs professionnels et institutionnels, l'exercice coordonné au sein des MSP peut être financé par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)<sup>3</sup>. Les 735 MSP qui ont contractualisé avec leur caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) réunissaient 13 096 professionnels de santé en 2018 avec un financement moyen de 63 500 € par an et par MSP (UNCAM, 2019). Le niveau de ce financement dépend de différents critères, dits « socles » ou « optionnels », portant sur trois axes : l'accès aux soins ; le travail en équipe et la coordination des soins ; l'utilisation d'un système d'information partagé.

Le développement de la collaboration interprofessionnelle est au cœur du deuxième axe de l'ACI (travail en équipe et coordination des soins), dont l'un des critères socles est l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle (CPP). Les réunions de CPP sont définies par l'ACI en ces termes : « Réunions visant à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise

### 2. Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des membres du groupe de recherche Concert-MSP, en particulier François-Xavier Schweyer, Maud Jourdain, Sébastien Fleuret, Agnès Banâtre, Najia Adjeroūd, Cécile Angoulvant, Cyril Bègue, Maud Le Ridant, Anne Rocher et Julie Bricc.

Nous remercions pour leur travail Hélène Salsmann, Juliette Vandendriessche et Théo Morieux.

Les équipes des six maisons de santé, en particulier les coordonnatrices et les professionnels interrogés, doivent être ici remerciées pour leur accueil et leur contribution à ce projet.

3. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.

en œuvre. » Pour répondre au critère, il est demandé d'organiser au moins six réunions de CPP par an en privilégiant les thèmes prioritaires définis par l'ACI (UNCAM, 2017). Il faut aussi que le nombre de patients bénéficiant de CPP chaque année soit au moins égal à 5 % de la patientèle des médecins traitants de la MSP présentant une affection longue durée (ALD) et/ou âgés de plus de 75 ans (mais la CPP peut concerner d'autres patients). Le compte-rendu de réunion doit être intégré au dossier informatisé du patient. Pour justifier de cette activité de concertation, les équipes doivent fournir le calendrier des réunions et, sur demande du service médical de la CPAM, les comptes-rendus des réunions.

Bien que le volontarisme politique pour soutenir le développement de l'exercice coordonné dans les MSP soit fort, ce mode de pratique est encore minoritaire au vu du nombre de professionnels engagés dans ces structures. Il existe ainsi une tension entre l'ambition des objectifs politiques et la réalité observée.

Dans les pays où les soins primaires sont historiquement au cœur du système de santé, ils font l'objet d'une importante régulation par l'État et les outils de coordination d'équipe et de concertation y sont largement répandus (Miller *et al.*, 2010). En France, le modèle libéral domine largement l'organisation des soins primaires (Hassenteufel, 1997 ; Robelet, 2003) et la concertation n'appartient pas à la culture traditionnelle de ces professionnels de santé (Bercot et De Coninck, 2006 ; Bourgueil *et al.*, 2009). La conscience d'enjeux communs, d'une responsabilité partagée dans un esprit d'équipe ou de la nécessité de règles élaborées en commun (Wood et Gray, 1991 ; Xyrichis et Ream, 2008) n'est pas spontanée. Les formes de coordination sont historiquement limitées. Le choix d'exercer en libéral peut être motivé par le souci d'être indépendant d'une autorité (la hiérarchie ou le groupe) pour définir son travail. L'aspiration à s'affranchir des rapports de subordination et des hiérarchies qui fonde le cadre symbolique traditionnel des échanges en pratique libérale (et cela concerne les différentes professions) rend difficile une « conceptualisation conjointe » du travail en équipe (Duran et Lazega, 2015), pourtant indispensable.

De nouvelles professions émergent pour soutenir le développement de cette coordination, tels les coordonnateurs de MSP (Schweyer, 2019) ou encore les gestionnaires de cas qui accompagnent les patients dans des parcours complexes (Bloch *et al.*, 2011), mais ces professionnels sont encore peu nombreux. Leurs fonctions sont parfois mal définies par des leaders de MSP qui sont majoritairement des médecins généralistes (Schweyer, 2019). Ils sont de plus confrontés au modèle d'organisation des soins primaires où la hiérarchie symbolique qui existe entre les médecins et les autres professionnels explique que leurs relations soient davantage pensées sur le modèle de la délégation de tâches que sur celui de la concertation. La conscience d'être interdépendants pour résoudre un problème, essentielle en matière de concertation, reste faible.

Le projet de concertation pluriprofessionnelle engagé dans les MSP a été analysé comme un défi de transformation culturelle soumis à de nombreuses tensions quand il s'agit de dépasser une vision trop médicocentrée des prises en charge et de promouvoir une logique de collaboration entre les professionnels (Fournier, 2014). Si l'objectif d'offrir des soins coordonnés fait consensus et si la conception

et l'usage de protocoles au sein des équipes, de même que le développement de systèmes d'information partagés, sont fortement encouragés, les conditions pour pratiquer la concertation pluriprofessionnelle n'en restent pas moins incertaines.

La nature et les formes de CPP en soins primaires sont encore largement méconnues dans le contexte français, de même que leurs conditions de déploiement et leur impact sur les pratiques professionnelles, sur l'état de santé des populations et sur l'efficacité du système de soins. Un ensemble de recherches est à entreprendre dans ce domaine.

Pour ce faire, un projet de recherche interdisciplinaire intitulé Concert-MSP est en cours de déploiement ; il vise à analyser en profondeur les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP<sup>4</sup>. Cet article se propose de présenter la démarche du projet Concert-MSP, puis, à partir des résultats de l'enquête exploratoire du projet, d'illustrer la diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes ainsi que les différentes stratégies de valorisation et, pour finir, d'analyser comment la spécificité des soins primaires oblige à repenser la notion de concertation pluriprofessionnelle. En conclusion, nous discuterons l'activité de CPP comme vecteur de transformation des pratiques professionnelles.

## **Démarche du projet Concert-MSP et méthode relative à l'enquête exploratoire**

### ***L'équipe de recherche Concert-MSP***

L'équipe de recherche interdisciplinaire est composée de professionnels de santé, d'un sociologue de la santé, d'un géographe de la santé, d'une coordonnatrice de MSP, d'un représentant de patients, d'étudiants en santé et en sciences humaines et sociales et d'une coordonnatrice de recherche en soins primaires.

### ***Le cadre théorique interdisciplinaire***

Pour analyser les concertations pluriprofessionnelles en soins primaires, nous avons souhaité nous appuyer sur un modèle d'analyse de la collaboration interprofessionnelle. Nous avons choisi de nous inspirer de la grille d'observation des rencontres d'équipes pluriprofessionnelles de Careau (Careau, 2013). L'auteure décrit les pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux selon un continuum allant de professionnels travaillant en parallèle et de façon totalement autonome jusqu'aux équipes de soins produisant des services de santé intégrés mais dans lesquelles chaque professionnel a une autonomie restreinte.

4. Ce projet Concert-MSP bénéficie d'un financement dans le cadre de l'appel à projet sur les services de santé porté par l'IRESP (institut de recherche en santé publique).

Dans ce modèle, le degré d'interactions entre les professionnels varie en permanence selon la complexité de la situation de la personne au cœur des soins.

## ***L'objectif général du projet de recherche Concert-MSP***

Il s'agit d'objectiver et d'analyser, selon une perspective interdisciplinaire, les activités de concertation pluriprofessionnelle développées par les équipes dans les MSP. L'hypothèse centrale du projet 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 structure et se développe. Il s'agira d'analyser les déclarations d'activités adressées aux financeurs dans le cadre de l'ACI, mais aussi de repérer et de décrire les espaces de concertation qui ne sont pas valorisés par l'ACI. On cherchera à documenter ce qui est produit pour les patients, pour les professionnels, pour les équipes et pour les partenaires de l'équipe. Les données seront recueillies selon cinq dimensions : les acteurs de la concertation, l'activité de concertation, la dynamique d'équipe, la chronologie et la dimension territoriale. Concert-MSP constitue le premier volet d'une recherche à venir plus vaste qui visera à évaluer les effets de cette concertation sur la qualité des soins, la satisfaction des patients et des professionnels.

## ***Une enquête exploratoire***

Préalable au déploiement complet du projet Concert-MSP, cette enquête a été menée par deux ingénieures de recherche en décembre 2018 et janvier 2019, auprès de six MSP ayant validé leur projet de santé auprès de l'agence régionale de santé (ARS) de Pays de la Loire ou de Bretagne et contractualisé l'ACI avec leur CPAM. Cette contractualisation témoignait d'un certain niveau de maturité des équipes et garantissait l'existence d'une traçabilité des activités de concertation et la présence d'un coordonnateur de MSP sur chaque site de l'étude. Ces MSP avaient été choisies pour leur diversité en termes de :

- lieux d'implantation : quatre étaient implantées en milieu rural et les deux autres dans des quartiers prioritaires des politiques de la ville ;
- ancienneté : le projet de santé de la MSP la plus « ancienne » avait été formalisé dès 2009, suivi du recrutement d'une coordonnatrice en 2012 ; les trois MSP les plus « récentes » avaient validé leur projet de santé en 2013 ou 2014 et implanté une fonction de coordination en 2016 ;
- nombre de professionnels de santé au sein de chaque MSP, variant de 11 à 67 ;
- structuration : la moitié des MSP de notre enquête réunissait les professionnels dans une même structure de soins (mono-site), l'autre moitié étant multi-site.

TABLEAU 1

Description des six maisons de santé pluriprofessionnelles de l'enquête

	Localisation	Date du projet de santé	Nombre de professionnels	Structure
MSP 1	Rural	2009	> 40	Multi-site
MSP 2	Rural	2012	10-20	Mono-site
MSP 3	Rural	2013	> 40	Multi-site
MSP 4	Urbain	2013	10-20	Mono-site
MSP 5	Rural	2014	10-20	Mono-site
MSP 6	Urbain	2014	> 40	Multi-site

Le recueil de données de l'enquête exploratoire a été organisé autour d'une étude documentaire et de la réalisation d'entretiens.

L'étude documentaire avait pour objectif de recueillir, pour chacune des structures, les projets de santé, les comptes-rendus de réunions de CPP, les protocoles pluriprofessionnels, les comptes-rendus de réunions d'équipes, les comptes-rendus des actions d'éducation thérapeutique ainsi que l'ensemble des documents fournis par la structure qui pouvaient permettre de mieux comprendre son fonctionnement et la place de la concertation pluriprofessionnelle au sein de la structure.

Des entretiens longs ont été réalisés auprès de deux à trois personnes de chaque MSP : un entretien auprès de la coordonnatrice de la structure et un à deux entretiens auprès des professionnels de santé de chaque MSP. Un guide d'entretien réalisé en amont, en concertation avec l'équipe de recherche, permettait d'interroger ces professionnels sur l'histoire de la structure, les modalités d'organisation de la concertation pluriprofessionnelle, les activités pluriprofessionnelles organisées (actions d'éducation thérapeutique, par exemple) et les partenaires de la structure.

Les entretiens et les documents recueillis ont été analysés conjointement par l'équipe de recherche, au travers des cinq dimensions d'intérêt pour le projet Concert-MSP : les acteurs de la concertation, l'activité de concertation, la dynamique d'équipe, la chronologie et la dimension territoriale.

## La diversité des pratiques labellisées CPP par les équipes et de leurs stratégies de valorisation

Au-delà d'un cadre général commun – temps d'échanges entre différents professionnels autour de situations de patients pris en charge par ces professionnels –, les pratiques de CPP déclarées par les équipes dans le cadre de l'ACI présentent une variabilité très importante. Nous proposons une lecture de cette diversité en fonction des acteurs, des activités, de la dynamique d'équipe, de la chronologie et de la dynamique territoriale.



## **Les acteurs**

Le nombre et le profil des acteurs participant à la concertation varient fortement d'une équipe à l'autre, mais également d'une réunion à l'autre au sein d'une même MSP. Ainsi, certaines réunions peuvent ne concerner que deux professionnels alors que d'autres en rassemblent davantage, parfois cinq, voire plus. Selon les situations évoquées, on ne retrouve pas les mêmes acteurs ; si le binôme médecin-infirmier est fréquemment retrouvé, par exemple pour se concerter autour de patients ayant des plaies chroniques ou encore des problématiques de thérapeutique médicamenteuse, on observe que les situations d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage mobilisent souvent des professionnels la plupart du temps plus nombreux et surtout plus variés : médicaux ou paramédicaux du secteur éducatif et parfois social. Sur certains sites (MSP 1, MSP 6), les patients et/ou leur entourage participent à des réunions même si cette pratique semble encore plutôt marginale.

Des professionnels extérieurs à l'équipe participent, de façon ponctuelle ou plus régulière, aux activités de concertation de plusieurs MSP, que ce soient des professionnels de santé non membres de la MSP exerçant en ambulatoire, en milieu hospitalier, dans d'autres structures publiques (PMI, par exemple) ou des professionnels d'autres secteurs (Éducation nationale, protection de l'enfance, secteurs médico-social et social...). Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR) et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) contribuent régulièrement à ces activités et l'articulation des secteurs sanitaire et médico-social constitue même le cœur des activités de concertation de deux équipes de l'enquête (MSP 2, MSP 3).

## **Les activités**

Les activités développées lors des CPP sont multiples. Aucune équipe n'a restreint a priori ses activités de concertation à un seul type de situation clinique (catégorie d'âge ou type de problème de santé, par exemple). Globalement, les thèmes abordés incluent et dépassent la liste des sujets à privilégier tels que définis par l'ACI (UNCAM, 2017). Une équipe de l'enquête, par exemple, consacre spécifiquement une partie de ses activités à la prise en charge des enfants présentant des troubles des apprentissages et/ou du comportement, dans le cadre d'un projet dédié (MSP 6).

Toutes les MSP consacrent aux réunions de CPP un temps méridien défini, allant d'une à deux heures, hormis une équipe (MSP 1) pour laquelle il n'existe pas de durée définie à l'avance. La durée et la variété des formes de concertation est à souligner, que ce soit entre les sites ou au sein de chaque équipe, pour des types de concertation plus ou moins complexes suivant les situations. Entre 15 et 25 min sont consacrées en général à chaque situation de patient ; une équipe a défini une forme de concertation dite « complexe » permettant de discuter d'une seule situation durant 1 h à 1 h 30 (MSP 6). On observe ainsi la coexistence de

différentes formes de concertation et différents degrés de formalisation, sur un continuum allant de la résolution de problèmes ponctuels jusqu'à de véritables démarches d'anticipation, de planification et de réévaluation. Loin de se conformer à un modèle unique de concertation mobilisé dans un seul cadre, la CPP semble ainsi plutôt un outil polymorphe mobilisé dans différentes activités de la MSP et répondant à différents types de besoins. Au total, le nombre de situations abordées chaque année dans le cadre de ces réunions de CPP varie d'une cinquantaine (MSP 5, ayant le plus petit nombre de professionnels) à plus de 200 (MSP 1 et MSP 6, rassemblant plus de 40 professionnels).

Les stratégies locales de valorisation des réunions de concertation sont également hétérogènes. Il est intéressant de constater, par exemple, que certaines équipes valorisent les réunions organisées par le CLIC dans le cadre de l'ACI (MSP 2) alors que d'autres les en excluent (MSP 5). D'autres formes de concertation coexistent avec ce qui est décrit précédemment : elles sont déclarées de façon variable selon les équipes et peuvent être valorisées (ou non) dans d'autres cadres que celui de l'ACI. Une MSP (MSP 1) participe ainsi à la démarche PAERPA (personne âgée en risque de perte d'autonomie), consistant en la coordination des professionnels autour d'une personne âgée, basée sur la rédaction d'un plan personnalisé de santé et sa réévaluation régulière, et bénéficiant de financements spécifiques.

## ***La dynamique d'équipe***

Dimension influente en termes de dynamique d'équipe, l'enquête exploratoire a permis d'observer que les modalités de rémunération des professionnels participant à ces réunions sont hétérogènes au sein des MSP. Le niveau de rémunération peut être fonction du nombre de situations abordées, du temps écoulé lors de la concertation ou encore du degré de formalisation et de la nécessité (ou non) pour les professionnels de « préparer » la réunion. Certaines équipes rémunèrent tous les professionnels à la même hauteur (MSP 6) alors que d'autres font une distinction entre les professionnels médicaux et les professionnels non médicaux (MSP 3), ces derniers percevant une rémunération horaire moindre. L'une des équipes de l'enquête (MSP 1) ne rémunère pas directement les professionnels participant aux réunions de CPP mais utilise les fonds perçus à ce titre pour financer l'appui à la concertation (ressources humaines dédiées à l'organisation des parcours, dans le cadre d'une coordination territoriale d'appui).

La concertation pluriprofessionnelle peut être vécue comme un prolongement d'activités déjà existantes. Une MSP organisait depuis de nombreuses années des temps de concertation entre médecins de spécialités médicales différentes (médecins généralistes et gynécologues obstétriciens) autour de situations complexes (MSP 6). Dans ce cas, le terrain dans lequel s'est construit le projet de santé de la structure peut favoriser le développement de concertations et la reconnaissance d'actions déjà entreprises. L'ACI vient ici reconnaître un travail existant et non pas obliger à la création ou à de nouvelles pratiques au sein des MSP.

Par ailleurs, témoignant de leur histoire singulière de regroupement en équipe, des pratiques s'apparentant à de la concertation mais ne répondant pas aux critères définis par l'ACI coexistent avec les activités de CPP : concertation monoprofessionnelle (entre infirmiers ou entre médecins, par exemple), groupes d'échange et d'analyse de pratique à visée principale de formation continue, commissions ou groupes de travail visant à résoudre des problématiques de prise en charge, sans se centrer sur un patient en particulier, ou encore réunions d'équipe de nature essentiellement organisationnelles.

## ***La chronologie***

Concernant la chronologie, et plus précisément l'arc de travail dans lequel se situe la concertation (l'avant ou ce qui la prépare, le moment de l'action, l'après ou ce qui en découle) [Strauss, 1992], l'enquête exploratoire a permis d'identifier certains éléments, essentiellement relatifs à la préparation. En termes de périodicité, quatre MSP de l'enquête ont établi un rythme mensuel pour les réunions de CPP (MSP 2, MSP 3, MSP 4, MSP 5), tandis que les deux autres les organisent au fur et à mesure des besoins exprimés par les acteurs (MSP 1 et MSP 6). Le plus souvent, l'initiative vient d'un professionnel de santé mais, dans l'une des équipes, la secrétaire ou la coordonnatrice peut être à l'origine d'un temps de concertation (MSP 3). La mobilisation des acteurs, préalable au temps de concertation, est variable. Dans certaines équipes (MSP 2 et MSP 3), les professionnels « préparent » le temps d'échange en établissant un ordre du jour et en réunissant des informations utiles relatives aux situations à aborder alors que, dans d'autres, la concertation est plus spontanée.

## ***La dynamique territoriale***

L'intégration des équipes à la dynamique territoriale varie selon le contexte dans lequel l'équipe évolue et selon son histoire. Certaines MSP entretiennent des liens étroits (y compris juridiques) avec des partenaires du territoire : trois équipes sont ainsi très proches du CLIC (centre local d'information et de coordination) de leur secteur (MSP 2, MSP 3, MSP 5), une MSP est adossée à un hôpital local (MSP 1), une équipe intègre un centre de soins infirmiers (MSP 5) et deux autres collaborent avec la direction santé publique de la municipalité (MSP 4, MSP 6). Ces partenariats influencent fortement les pratiques de concertation des équipes. Ainsi, certains professionnels participent régulièrement aux réunions organisées par le CLIC lorsqu'elles concernent des patients âgés ou atteints de handicap pris en charge par l'équipe de la MSP (MSP 2, MSP 3, MSP 5). Les professionnels de la MSP adossée à l'hôpital local (MSP 1) participent régulièrement aux réunions de sortie d'hospitalisation, réunissant des professionnels de la MSP (médecins, infirmiers et/ou autres professionnels paramédicaux) et ceux de l'hôpital.

## ***L'hétérogénéité des pratiques***

Les résultats de notre enquête exploratoire appuient largement l'hypothèse initiale d'une hétérogénéité dans les pratiques de concertation pluriprofessionnelles et de leur valorisation par les équipes dans les MSP. À cette étape, ils n'en rendent compte que d'une façon très préliminaire et invitent à la poursuite du projet Concert-MSP dont le déploiement est en cours et qui permettra, outre un recueil de données plus exhaustif, une analyse interdisciplinaire beaucoup plus approfondie.

Cette hétérogénéité des pratiques, que l'on entrevoit tout juste au travers de cette enquête exploratoire, n'est pas spécifique aux six MSP étudiées. L'analyse indirecte de l'activité de 56 MSP, décrite par leurs coordonnatrices qui ont suivi la première formation PACTE soins primaires, montre que des réunions organisées de façon régulière, avec ordre du jour et compte-rendu ne se rencontrent que dans un tiers des cas, de même que celles où l'ensemble des professionnels prend la parole ou encore celles où un suivi des décisions est organisé (Schweyer, 2019). La taille des équipes et les liens avec les structures partenaires sont associés à une forte variation des types et des formes de concertation. Ces appropriations locales donnent à voir différentes formes de structuration des équipes de soins primaires qui traduisent la dynamique de réorganisation des soins primaires et de transformation de la pratique libérale qui est en cours.

## **La spécificité de la concertation pluriprofessionnelle en soins primaires**

Le développement de la concertation pluriprofessionnelle en soins primaires amène à repenser le concept de concertation dans le domaine de la santé. L'utilisation même du terme de concertation peut prêter à confusion. En effet, si l'expression « réunions de concertation pluriprofessionnelle » renvoie assez naturellement au modèle de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en oncologie, il ne s'agit pas du tout du même type de pratiques. Les RCP en oncologie ont été mises en place dès les années 2000 à l'issue du plan Cancer. Elles sont organisées sur l'ensemble du territoire et soumises à une organisation bien définie : fréquence, coordination, traçabilité, contenu (HAS, 2017). À l'inverse, l'absence de cadrage donné par le législateur en termes de méthode des CPP et le manque d'accompagnement à leur développement par les organismes financeurs laissent une certaine liberté aux équipes. Cela contribue probablement à l'hétérogénéité observée dans le développement des CPP.

La concertation en soins primaires nous semble, à partir de ces premiers éléments d'enquête, présenter des spécificités importantes que nous choisissons de discuter en comparaison avec les RCP en oncologie sur les acteurs, les activités,

la dynamique de l'équipe, la chronologie et, de façon autonome, sur la dynamique territoriale.

## **Les acteurs**

Du point de vue des acteurs, la composition de l'équipe réalisant la concertation est très différente. Les CPP rassemblent différents acteurs médicaux et paramédicaux, tandis que les RCP réunissent un nombre minimal de trois médecins de spécialités différentes dont les compétences sont requises pour définir la meilleure prise en charge des patients atteints de cancers. L'organisation en ambulatoire avec un mode d'exercice libéral majoritaire fait que la participation à ces temps d'échange repose sur le volontariat et la motivation des professionnels. Il n'y a pas de coordination verticale comme il en existe dans les organisations hospitalières où les hiérarchies administratives et médicales (Smith, 1970) régulent des formes de discipline d'action. La coordination horizontale n'appartient pas non plus, ou rarement, aux modèles de pratique des différentes professions exerçant en soins primaires. Et c'est l'un des enjeux des CPP que de la promouvoir. Ainsi, le terme de « RCP » est ambivalent : en oncologie, la concertation est pluridisciplinaire (entre médecins de différentes spécialités) alors qu'en soins primaires il s'agit de réunion de concertation pluriprofessionnelle. Les médecins généralistes ou les infirmiers sont souvent à l'origine de la demande de concertation pour leurs patients et restent les professionnels les plus mobilisés. D'autres professionnels paramédicaux contribuent aux activités de concertation, soit en tant qu'initiateurs, soit en tant que participants. Suivant les liens de la MSP avec son environnement local, d'autres acteurs médico-sociaux du territoire participent aux réunions. Il ne s'agit donc pas d'un temps de concertation entre spécialités médicales, comme c'est le cas dans les RCP en oncologie, mais bien d'un temps de concertation pluri-professionnel. C'est pourquoi il est préférable d'utiliser le terme de CPP en soins primaires, plutôt que RCP, pour lever toute ambiguïté.

Au regard de notre enquête exploratoire, le patient ne semble pas encore considéré comme un acteur à part entière de la CPP. En oncologie, les patients sont informés de la tenue d'une RCP les concernant. Lorsque la RCP est réalisée après le diagnostic, le dispositif d'annonce prévoit une organisation avec une consultation médicale suivie d'une consultation paramédicale et d'un accompagnement social. Le plan personnalisé de soins qui en résulte formalise les décisions thérapeutiques prises en accord avec le patient. Il est donc informé des conclusions de la RCP et bénéficie de temps de consultation pour en prendre connaissance et en discuter avec les professionnels de santé qui l'accompagnent. En revanche, l'information au patient de la réalisation de la CPP au sein des MSP étudiées ne semble pas systématique. Ils participent peu à son déroulement. Le compte-rendu de la concertation ne leur est pas systématiquement exposé. Le faible développement de la représentation des usagers en santé en soins primaires pourrait être un élément explicatif, quand elle est tout à fait structurée en milieu hospitalier.

## **Les activités**

Sur le plan des activités, et contrairement aux RCP oncologiques, les CPP développées au sein des MSP ne répondent pas à une obligation relative à une situation de soins en particulier. Les textes relatifs à l'ACI précisent des thématiques principales d'intérêt qui semblent suffisamment larges pour couvrir toutes les dimensions de complexité rencontrées en soins primaires : affection sévère, pathologie chronique requérant des soins itératifs, situation médico-sociale ou psychologique complexe. Ainsi, les équipes restent libres du choix des situations justifiant l'organisation de CPP et des initiatives de réunir leurs membres en fonction des besoins exprimés. Nous avons pu observer que la complexité des situations présentées pouvait relever du domaine médical, de l'accompagnement social ou de l'organisation des soins. En oncologie, les RCP hospitalières sont requises pour toute prise de décision relative aux propositions thérapeutiques. Elles doivent concerner l'ensemble des patients requérant des soins pour un cancer, ce qui se traduit en pratique par un nombre souvent conséquent de situations à analyser lors d'une réunion pour définir le meilleur protocole de prise en charge et de suivi du patient (HAS, 2017). En contexte de soins primaires, les MSP mobilisent les CPP comme un outil innovant permettant de dépasser les limites du modèle libéral, essentiellement centré sur le curatif, et de poursuivre l'accompagnement de certains patients ayant des besoins particulièrement complexes.

## **La dynamique d'équipe**

La dynamique d'équipe peut être analysée au travers des activités de concertation. Dans le référentiel d'analyse des équipes de MSP (matrice de maturité), les réunions de concertation pluriprofessionnelle constituent un indice du travail pluriprofessionnel témoignant de la maturité des équipes (HAS, 2014).

Les dynamiques d'équipe sont conditionnées par le modèle d'exercice libéral. Les modalités de rémunération des professionnels nous paraissent l'un des éléments reflétant à la fois des pratiques et une vision du travail pluriprofessionnel différentes. Dans le cadre du fonctionnement hospitalier, la question directe de la rémunération des professionnels n'est pas posée puisque le temps dédié aux activités de concertation est intégré au temps de travail des professionnels présents. Dans le cadre des MSP, les rémunérations obtenues dans le cadre de l'ACI sont destinées à rémunérer les temps de travail pluriprofessionnels et chaque structure élabore ses modalités propres de rémunération des CPP. Certaines équipes rémunèrent tous les professionnels sur la même base alors que d'autres font une distinction entre les professionnels médicaux et non médicaux. Ainsi, un médecin généraliste est rémunéré davantage que les autres professionnels de santé. La plus forte rémunération des médecins est-elle une stratégie d'équipe pour mobiliser ces professionnels ou renvoie-t-elle à une dimension de hiérarchie ? Sans avoir les éléments pour le démontrer, on peut faire l'hypothèse que la seconde alternative soit la plus fréquente. En effet, le paiement à l'acte conduit à donner la priorité

aux soins ponctuels et non coordonnés et les nouveaux modes de paiement sont trop récents pour avoir significativement transformé le modèle professionnel traditionnel.

## ***La chronologie***

D'un point de vue chronologique, les pratiques diffèrent selon les équipes. Les CPP n'aboutissent pas toujours à un relevé de décision et le degré de formalisation du compte-rendu varie fortement. L'intégration au dossier du patient des échanges n'apparaît pas systématique, ce qui pose la question de la gestion des données au sein des MSP. Toutes les structures ne semblent pas recourir de façon optimale au logiciel informatique partagé pluriprofessionnel pour l'intégration des données. En comparaison, les RCP sont soumises à une organisation bien définie. Au moins deux réunions par mois doivent être organisées avec une traçabilité et un contenu bien défini (HAS, 2017). L'intégration dans les dossiers des patients est systématique. La réalisation des RCP conditionne l'autorisation des établissements de santé pour le traitement des cancers. Une évaluation annuelle à partir d'indicateurs de qualité est réalisée (HAS, 2017).

## ***La dynamique territoriale***

Concernant les dynamiques territoriales, notre enquête exploratoire révèle un niveau d'intégration variable des CPP sur le territoire, à la fois en termes d'implication des acteurs et de dimensionnement. Ainsi, la diversité des acteurs impliqués semble témoigner d'une variabilité quant à l'inscription de la MSP sur le territoire. La description et la qualification des partenaires mobilisés dans le cadre des CPP nous permettra de mieux préciser l'ancrage territorial des MSP. D'autre part, la variation en termes de taille de population couverte par les MSP pose la question de l'échelle et rend sans doute plus difficiles des partenariats avec certains acteurs organisés au niveau départemental, par exemple. L'exploration et l'analyse systématiques des organisations en santé implantées sur le territoire (plate-forme territoriale d'appui, communauté professionnelle et territoriale de santé...), telles que planifiées dans notre projet, nous permettront sans doute de mieux comprendre les partenariats de la MSP à l'œuvre.

## **Conclusion**

Les résultats de notre étude exploratoire incitent à poursuivre l'analyse de ces réunions de CPP développées en soins primaires, à réfléchir aux déterminants qui

semblent conditionner la pratique de concertation et à s'interroger sur les stratégies développées par les équipes pour, d'une part, pouvoir pleinement bénéficier de la pertinence des CPP (pour l'amélioration de la qualité des soins) et, d'autre part, répondre à l'injonction du financeur et ainsi valoriser financièrement ce type d'activité.

L'émergence de ces concertations pluriprofessionnelles participe d'un changement fondamental de modèle de pratique en soins primaires. D'un modèle de contact centré sur le dialogue entre un professionnel et son patient, il s'agit de passer à un modèle intégré pluriprofessionnel (Lamarche *et al.*, 2003) fondé sur une approche populationnelle et une analyse des pratiques. L'hétérogénéité des pratiques révèle à la fois la nouveauté de l'instauration de ces concertations, une volonté de s'adapter au contexte local, mais aussi le souhait d'amener progressivement les professionnels de santé des différentes structures vers un changement de pratiques. L'émergence de nouvelles fonctions de coordination au sein des soins primaires participe de ce changement où, traditionnellement, le médecin généraliste était considéré comme un acteur central de la coordination des soins. La mise en œuvre de ces CPP oblige à repenser la place des différents acteurs de soins primaires et les mécanismes de coordination qui vont y être associés au sein des équipes de MSP.

Si les professionnels engagés dans ces formes de concertations pluriprofessionnelles en soins primaires restent peu nombreux, l'implantation de ces concertations pluriprofessionnelles est pensée comme un vecteur d'amélioration de la qualité des soins, au sens où le temps de travail de concertation en équipe pluriprofessionnelle semble un vecteur d'apprentissage commun et d'amélioration des pratiques professionnelles (Nisbet *et al.*, 2015). Une revue de littérature récente souligne la nécessité d'analyser les mécanismes de collaboration interprofessionnelle et les résultats de santé associés (Reeves *et al.*, 2017). Cette dynamique de transformation des pratiques professionnelles exige en effet un travail de description et de définition des activités et de clarification des mots utilisés pour les décrire. Il s'agit d'un travail important pour les professionnels eux-mêmes, impliquant une analyse critique de leur pratique au sein des structures, mais aussi pour les décideurs publics qui souhaitent promouvoir ce type d'organisation et de concertation.

La poursuite de la caractérisation des activités de CPP, avec une analyse plus en profondeur des activités de ces six MSP, puis des travaux menés à une plus large échelle, est un préalable nécessaire à la comparaison de différents fonctionnements d'équipes et, à terme, à leur évaluation en termes de qualité des soins, de satisfaction des patients et des professionnels, d'efficience.



## Références bibliographiques

**Belche J.-L., Berrewaerts M.-A. et Ketterer F. (2015)**, « De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? », *La presse médicale*, vol. 44, n° 11, p. 1 146-1 154.

**Bercot R. et De Coninck F. (2006)**, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan.

**Bloch M.-A., Hénaut L., Gand S. et al. (2011)**, « Les gestionnaires de cas : une nouvelle figure de tiers », *Revue économique et sociale*, vol. 69, n° 3, p. 103-111.

**Bourgueil Y., Marek A. et Mousquès J. (2009)**, « Three Models of Primary Care Organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand », *Questions d'économie de la santé*, n° 141, p. 1-6.

**Careau E. (2013)**, « Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires », Thèse de doctorat, université de Laval, faculté de médecine, Québec.

**Doisneau E., Mesnier T. et Augros S. (2018)**, Rapport des délégués nationaux à l'offre de soins. [En ligne] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_delegues\\_acces\\_aux\\_soins\\_15102018.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_delegues_acces_aux_soins_15102018.pdf), consulté le 22 février 2020.

**Duran P. et Lazega E. (2015)**, « Action collective : pour une combinatoire des mécanismes de coordination », *L'année sociologique*, vol. 65, n° 2, p. 291-304.

**Fourrier C. (2014)**, « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, n° 2, p. 67-95.

**Gilbert J. H. V., Yan J. et Hoffman S. J. (2010)**, « A WHO Report: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice », *Journal of Allied Health*, vol. 39, n° 3, p. 196-197.

**HAS (2018)**, *Recueil de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) : réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie*. [En ligne] [www.has-sante.fr/jcms/c\\_945468/fr/iqss-2018-rcp-mco-campagne-de-recueil-de-l-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-en-cancerologie](http://www.has-sante.fr/jcms/c_945468/fr/iqss-2018-rcp-mco-campagne-de-recueil-de-l-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-reunion-de-concertation-pluridisciplinaire-en-cancerologie), consulté le 22 février 2020.

**HAS (2014)**, *Matrice de maturité en soins primaires*. [En ligne] [www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel](http://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel), consulté le 22 février 2020.

**HAS (2017)**, *Réunion de concertation pluridisciplinaire*. [En ligne] [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf), consulté le 22 février 2020.

**Hassenteufel P. (1997)**, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.

**Lamarche P.-A., Beaulieu M.-D., Pineault R. et al. (2003)**, « Sur la voie du changement : pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada », *Canadian Health Services Research Foundation*, p. 1-44.

- Miller W. L., Crabtree B. F. et Nutting P. A. (2010)**, «Primary care practice development: a relationship-centered approach», *Annals of Family Medicine*, vol. 8, suppl. 1, p. 68-79.
- Mousquès J. et Bourgueil Y. (2014)**, « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 », *Les Rapports de l'IRDES*, p. 1-152.
- Mousquès J. et Daniel F. (2015a)**, « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », *Questions d'économie de la santé*, n° 210, p. 1-6.
- Mousquès J. et Daniel F. (2015b)**, « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé*, n° 211, p. 1-6.
- Nisbet G., Dunn S. et Lincoln N. (2015)**, « Interprofessional team meetings: Opportunities for informal interprofessional learning », *Journal of Interprofessional Care*, vol. 29, n° 5, p. 426-432.
- OCDE (2016)**, *Health at a Glance: Europe 2016*, Paris, OECD Publishing.
- OMS (2002)**, *Innovative Care for Chronic Conditions*. [En ligne] [www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/), consulté le 22 février 2020.
- OMS (2008)**, « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », Rapport sur la santé dans le monde, Genève.
- Reeves S., Pelone F., Harrison R. et al. (2017)**, «Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 6, p. 1-48.
- Robelet M. (2003)**, « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée », in Kervasdoué J. (dir), *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod.
- Schweyer F.-X. (2019)**, « Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 1, n° 1, p. 33-53.
- Smith H. L. (1970)**, «Two lines of authority: The hospital's dilemma», in Herzlich C. (dir), *Médecine, maladie et société*, Paris, EHESS.
- Starfield B. (1994)**, «Is primary care essential?», *The Lancet*, vol. 344, n° 8 930, p. 1 129-1 133.
- Strauss A. (1992)**, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- UNCAM (2017)**, *Accord conventionnel interprofessionnel*, annexe 3. [En ligne] [www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte\\_signe\\_vf.pdf](http://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf), consulté le 22 février 2020.
- UNCAM (2019)**, *Maisons de santé pluriprofessionnelles : des rémunérations en hausse de 30 %*. [En ligne] [www.ameli.fr/lle-et-vilaine/medecin/actualites/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-des-remunerations-en-hausse-de-30](http://www.ameli.fr/lle-et-vilaine/medecin/actualites/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-des-remunerations-en-hausse-de-30), consulté le 22 février 2020.
- Willcox S., Lewis G. et Burger J. (2011)**, «Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands», *Issues in International Health Policy*, vol. 27, p. 1-19.
- Wood D. J. et Gray B. (1991)**, «Toward a comprehensive theory of collaboration», *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 2, n° 27, p. 139-162.
- Xyrichis A. et Ream E. (2008)**, «Teamwork: a concept analysis», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 61, n° 2, p. 232-241.