



ESP-Clap : des équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient

Evelyne Rivet
Béatrice Bonnaval
Direction de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie, Département accès aux soins primaires, Agence régionale de santé Pays de la Loire

L'article 64 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le Code de la santé publique les dispositions relatives aux équipes de soins primaires (ESP). Ainsi, selon les dispositions de l'article L. 1411-11-1 de ce Code :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

« 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. »

L'ARS des Pays de la Loire, en partenariat avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS), en particulier médecins et infirmiers, a décidé de saisir l'opportunité offerte par ce texte pour créer un nouveau dispositif d'exercice coordonné afin d'initier des dynamiques pluriprofessionnelles formalisées sur des territoires où les professionnels de santé n'ont pas souhaité, à ce jour, s'engager dans une démarche de maison de santé pluriprofessionnelle (et ce en particulier sur les territoires atones).

Dans ce contexte, un dispositif expérimental a été défini pour deux ans, avec la volonté de créer une nouvelle modalité de coordination des soins pluriprofessionnelle, dont le cadre serait moins contraignant afin de faciliter l'engagement des professionnels. Un cahier des charges de ces équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient (ESP-Clap), corédigé avec les URPS, a permis de définir les règles de ce dispositif.

- L'ESP-Clap doit, *a minima*, être composée de deux professionnels de santé, dont au moins un médecin généraliste. Tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours, y compris un centre de santé, peut prendre part à une ESP-Clap.

- La constitution d'une ESP-Clap ne nécessite pas de regroupement physique des professionnels de santé sur un même site, ni une structuration juridique particulière. Toutefois, si elles le souhaitent, les équipes peuvent se constituer en association loi 1901.

- Les professionnels de santé participant à une ESP-Clap formalisent un projet de santé qui décrit les modalités et les thématiques de la coordination mise en

place. Sept actions de coordination sont préidentifiées dans le projet de santé type :

- ◆ réunions de concertation pluriprofessionnelles sans les patients ;
- ◆ réunions de concertation pluriprofessionnelles en présence du patient. Par exemple : visites à domicile communes ;
- ◆ plans personnalisés de soins pour améliorer l'accompagnement des situations complexes ;
- ◆ protocoles pluriprofessionnels pour organiser les prises en charge ;
- ◆ actions de prévention ou d'éducation thérapeutique (réservées aux ESP-Clap structurées sous forme d'association loi 1901).

- Un accompagnement des professionnels pour l'élaboration de leur projet de santé est proposé par l'association régionale des ESP-Clap (qui a été créée à l'initiative des dix URPS). Une chargée de missions dédiée peut, s'ils le souhaitent, leur apporter un appui méthodologique pour mener à bien leur projet. L'enregistrement du projet de santé par l'agence régionale de santé (ARS) déclenche une indemnisation des professionnels, via le Fonds d'intervention régional (FIR), pour l'élaboration du projet de santé.

- Le FIR permet également d'indemniser le temps consacré par les professionnels de santé à la coordination pluriprofessionnelle. Ce financement individuel et forfaitaire est versé, en fonction des actions effectivement mises en place, selon un barème défini dans le cahier des charges régional. Le plafond est de 10 000 euros par an et par équipe. L'association régionale des ESP-Clap assure le versement de ces indemnisations aux professionnels de santé, deux fois par an.

Les délégations territoriales de l'ARS assurent le suivi de la mise en œuvre de ces projets afin de pouvoir accompagner les équipes vers de nouvelles étapes, si elles le souhaitent, telles que l'évolution de leur structuration en maison de santé pluriprofessionnelle ou l'intégration dans une communauté professionnelle territoriale de santé.

À ce jour, dix-sept équipes sont enregistrées au niveau de l'ARS et quatre dossiers sont en cours d'instruction. Elles comptent en moyenne neuf professionnels de santé, dont 2,8 médecins. Les actions de coordination les plus fréquemment choisies par les équipes sont les plans personnalisés de soins et les réunions de concertation.

Exemple de l'ESP-Clap Pleine Santé, à Beaulieu-sous-la-Roche

L'ESP-Clap Pleine Santé, à Beaulieu-sous-la-Roche, en Vendée, est née d'un projet de prévention autour de la

parentalité, porté par une orthophoniste et une sage-femme. En 2017, quelques professionnels de santé de la commune de Beaulieu se sont regroupés en association pour porter collectivement des projets de prévention. Début 2018, ils ont décidé de se constituer en ESP-Clap pour être en mesure de répondre à l'appel à projets de l'ARS à destination des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, et d'obtenir des financements pour déployer leurs actions de prévention.

À ce jour, onze professionnels de santé de huit professions différentes ont rejoint l'ESP-Clap et de nouvelles actions ont vu le jour, notamment des réunions de concertations pluriprofessionnelles d'échange de

pratiques, des consultations pluriprofessionnelles au chevet du patient et des protocoles sur la prise en charge des pathologies chroniques, en cours de formalisation.

Le modèle de l'ESP-Clap a permis aux professionnels de mettre en place une coordination de manière très progressive, qui s'enrichit régulièrement de nouveaux professionnels et de nouveaux projets, sans relation pécuniaire entre professionnels et sans obligation d'aller vers un système d'information partagé.

Néanmoins, des problèmes organisationnels commencent à émerger, liés notamment au temps administratif de coordination, qui les amèneront peut-être à terme à envisager une structuration en maison de santé pluridisciplinaire. ●

Exercice partagé avec des assistants médicaux : une expérience à Bourg-en-Bresse

La démographie médicale de l'Ain est, à l'instar de nombreux autres départements, fragile, avec 62 médecins pour 100 000 habitants *versus* une moyenne régionale de 79 [26]. Il en résulte une difficulté importante d'accès aux soins à plusieurs niveaux : difficulté à trouver un médecin traitant [24] et à accéder à des soins non programmés en journée [34]. L'organisation en maison de santé et la participation au réseau Asalée (action de santé libérale en équipe) [11] ne permettait pas d'améliorer significativement cet accès aux soins.

Le cabinet médical de Norélan a ouvert en 2014, avec un concept inspiré du système de santé des anciens combattants, la Veteran Health Administration (VHA), aux États-Unis [30]. Le principe est d'élaguer de la consultation du médecin toutes les tâches qui ne sont pas strictement médicales et de les redistribuer à une équipe administrative et infirmière salariée.

Si la délégation des fonctions administratives est une évidence pour beaucoup de regroupements professionnels, la délégation infirmière était une innovation. Assurant des fonctions d'accueil, de préparation de la consultation et d'éducation thérapeutique, l'infirmière assistante libérait un temps médical, redirigé vers la coordination et l'amélioration de l'accès aux soins. L'équipe administrative assure, en plus des fonctions habituelles, la facturation électronique, l'encaissement et le suivi comptable du tiers payant.

Missions des infirmières

Les infirmières assistantes avaient plusieurs missions en consultation et en dehors des consultations. Chaque typologie de consultation était protocolisée avec une répartition des tâches entre l'équipe médicale, infirmière et administrative (tableau 1).

Liens entre les infirmières assistantes et le dispositif Asalée

Les deux dispositifs, Asalée et infirmières assistantes, ont coexisté en parfaite complémentarité. Bien que les deux dispositifs visent à améliorer la qualité du suivi des patients tout en libérant du temps médical, nous avons constaté qu'ils s'adressaient à des publics très différents.

Les usagers actifs, indemnes de pathologies chroniques, les patients complexes à problématiques psycho-médico-sociales ne peuvent disposer de temps de prévention Asalée, faute de protocole adapté. Pour ces populations, l'infirmière assistante garantissait un accès minimal et systématique à un temps de prévention, quel que soit le motif de consultation, y compris pour des consultations simples comme les pathologies ORL bénignes, qui peuvent être le seul contact médical de l'année pour ces usagers.

Pour les patients suivis conjointement avec l'infirmière Asalée, le temps d'accueil en consultation était centré exclusivement sur le motif de consultation.

Modèle économique

Le modèle économique était basé sur l'augmentation du nombre d'actes quotidien effectué par le médecin, grâce au temps médical économisé.

Le forfait structure versé par l'assurance maladie participait au fonctionnement de l'équipe administrative. Les forfaits d'équipe (nouveaux modes de rémunération puis accord conventionnel interprofessionnel), étaient consacrés aux frais spécifiques du travail pluriprofessionnel.

L'augmentation du nombre d'actes quotidien ne couvrirait pas intégralement les frais de fonctionnement. La

Céline Le Bihan
Médecin généraliste,
cabinet médical
de Norélan,
Bourg-en-Bresse, Ain

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.