



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 12 novembre 2020
Par le Docteur Laurence PHILIPPE

CPTS ET SOINS AUX SOIGNANTS DU TERRITOIRE

Description et analyse des actions développées au sein de la CPTS

Châteauroux & Co

Membres du jury :

- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Professeur Éric GALAM
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES
- Assesseur : Docteur Bénédicte JULLIAN

REMERCIEMENTS :

Aux initiateurs de cet enseignement, à celles et ceux qui continuent à le porter, à mes collègues de la promo 5 COVID-19 et aux liens qui m'unissent désormais à eux

A tous ceux qui gravitent de près ou de loin dans l'univers CPTS depuis ces dernières années au prix de quelques sacrifices, pour la seule raison qu'ils pensent que cela va dans le bon sens

A mes ascendants n -1, n -2, n -3... pour la transmission de leurs merveilleux fardeaux, à leurs branches innombrables dont l'une m'a permis de me poser à Toulouse pendant le DIU

A mes chers amis, mes amis très chers, mes copains, pour leur indéfectible soutien, leur force, leur richesse, leur partage

A ma famille nucléaire, pour ne pas avoir explosé en plein vol dans cet insondable cosmos,
Pour être là, tout simplement

« Aucune philosophie, aucune analyse, aucun aphorisme, aussi profonds qu'ils soient, ne peuvent se comparer en intensité, en plénitude de sens, avec une histoire bien racontée. »

Hannah Arendt

RESUME :

Introduction : depuis 2016, l'émergence des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) modifie progressivement le paysage des soins ambulatoires en France. Les professionnels de santé de la CPTS Châteauroux & Co dans l'Indre, en région Centre Val-de-Loire, ont décidé que le soin aux soignants ferait partie de leurs priorités.

Objectif : Ce travail vise à décrire et analyser les actions qu'ils développent en lien avec cette préoccupation, de façon directe ou indirecte.

Méthode : Le premier temps a consisté à rédiger plusieurs textes portant sur des aspects différents du soin aux soignants dans la CPTS. Même si les informations ne provenaient que d'une seule personne, l'objectif de cette opération était de les multiplier et de les diversifier. Le second temps a été dédié à une analyse thématique du contenu des récits, afin d'en extraire les idées fortes pour nourrir la discussion.

Résultats : cinq récits sont présentés, allant de la narration personnelle à la description du travail spécifiquement consacré aux soins aux professionnels de santé. L'attention portée à la santé des soignants implicitement présente dans les autres actions développées par la CPTS, notamment pendant la crise COVID-19, font également partie des champs explorés.

Discussion : l'analyse thématique du contenu de ces cinq textes a permis de mettre en évidence plusieurs grandes lignes concernant le soin aux soignants dans le secteur ambulatoire, certaines rejoignant des concepts généraux préexistants ou se rapprochant de constatations déjà observées dans d'autres milieux (en particulier hospitalier), d'autres s'en distinguant. Elle a également permis de soulever un certain nombre de questions, pouvant elles même conduire à des propositions. Le contenu de ces réflexions sera restitué aux acteurs de terrain afin de les accompagner dans leurs orientations futures.

MOTS-CLES :

CPTS - Professionnel de santé - Epuisement professionnel / prévention et contrôle - Soins ambulatoires - Relations interprofessionnelles - Collaboration intersectorielle

LEXIQUE DES ACRONYMES :

AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants

ACI : Accords Conventionnels Interprofessionnels

AG : Assemblée Générale

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CTS : Conseil Territorial de Santé

CVDL : Centre Val-De-Loire (région)

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPDS : Direction de la Prévention et du Développement Social

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EADSP : Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIP : Formation Inter Professionnelle

FMC : Formation Médicale Continue

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MK : Masseur-Kinésithérapeute

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé (association)

MPC : Méditation en Pleine Conscience

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PRADO : Programme d'accompagnement de Retour A Domicile

PS : Professionnels de Santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

RSCA : Récit d'une Situation Complexe et Authentique

SNP : Soins Non Programmés

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

INTRODUCTION :

Identifier des territoires à partir des pratiques et habitudes des professionnels de santé (PS) et de leurs patients est un processus récent en France. On peut y voir une « Approche Centrée Soignants ». Cette idée est issue du terrain. Elle provient d'un groupe de travail coordonné par un praticien, un médecin cardiologue libéral membre de la Haute Autorité de Santé (HAS) (1), et son appellation, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), a fait son apparition dans la loi française en janvier 2016 (2). Malgré un acronyme peu séduisant, et après de nombreux échecs de plans de rénovation du système de santé dans le secteur ambulatoire, une dynamique semble enfin lancée. Si aujourd'hui, très peu de français savent à quoi correspond une CPTS, on ne peut pas en dire autant des PS, a fortiori depuis la crise COVID-19.

La finalité de la création des CPTS est, sans contestation, l'amélioration du système de santé français, soit un objectif sociétal, collectif, et non individuel. Quel rapport donc avec le DIU Soigner les soignants ? Depuis quelques années en France, de nombreux indicateurs de santé cessent d'évoluer favorablement, voire se dégradent, comme celui de l'accès aux soins (3). Il devient dès lors difficile de ne pas s'interroger sur les liens entretenus entre ces constats et la question de la qualité de vie au travail des soignants, démarche valable dans tout milieu professionnel (4).

S'agissant du secteur ambulatoire, le premier thème apparu pour améliorer le système de soins a été la coordination des acteurs, supposée naturelle pour les PS travaillant en équipe au sein d'institutions, mais moins habituelle pour les libéraux. Bases de toutes constructions collectives, la rencontre, l'échange, la connaissance de l'autre, la communication, sont pourtant les voies menant à toutes les autres. Toutes les grandes civilisations commencent par construire des routes.

La région Centre Val-de-Loire (CVDL) a été en France l'une des plus précocement déficitaires en PS libéraux. Face à cette situation, la mutualisation des forces vives et l'interprofessionnalité ont été perçues comme l'un des remèdes possibles. En 2012, les représentants des dix Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) ont décidé de former une fédération, faisant preuve de lucidité, de pragmatisme et d'ouverture (5). Lorsque l'outil « CPTS » émerge en 2016, il est rapidement identifié par la fédération des URPS CVDL comme l'unité fonctionnelle pouvant permettre à la coordination et à l'interprofessionnalité de se déployer au sein de chaque territoire. Une véritable « machine de guerre » est alors mise en place pour proposer de l'aide aux PS des différents secteurs de la région afin de monter leurs CPTS et sortir d'une spirale négative de découragement et de désinstallation (6). Cette expérience unique a permis l'acquisition d'une véritable expertise dans le domaine du soutien aux PS libéraux en termes organisationnels et managériaux, si bien que début 2020, la région Centre Val-de-

Loire se trouve très en avance sur le reste des territoires français dans le déploiement des CPTS (7) (annexe 1).

L'histoire de la CPTS Châteauroux & Co s'inscrit dans ce contexte. Le mouvement est venu de l'extérieur, comme pour la plupart des autres CPTS de la région CVDL. Une proposition a été faite à un noyau de PS (dont nous faisons partie) qui n'étaient pas issus du réseau, souvent syndical, des représentants des PS, mais qui semblaient déjà spontanément s'investir pour leur territoire.

Deux mondes se sont rencontrés, celui, plus général, de l'accompagnement des PS et de la coordination, et celui, plus spécifique, de l'unicité d'un secteur géographique et des particularités de ses PS. Et parmi les spécificités de la CPTS Châteauroux & Co, s'est trouvé notre désir d'inscrire le « Prendre soin des soignants » comme action prioritaire, visible, revendiquée et conditionnant l'amélioration globale du système de santé. Ce projet était alors unique en région CVDL et il a été repris par la suite dans plusieurs autres CPTS.

Le projet initial de ce mémoire, tel qu'il avait été formulé en février 2020, était de réaliser une enquête auprès des adhérents de la CPTS Châteauroux & Co sur le ressenti bienfaisant ou délétère des actions de l'association sur leur santé et sur leurs conditions d'exercice professionnel.

Nous avons choisi de modifier ce projet pour deux raisons :

- L'hypothèse que les réponses aux questions posées seraient fortement déséquilibrées par la crise COVID-19 qui éclipserait les trois années antérieures de vie de la CPTS,
- Le sentiment que ni les PS de notre territoire, ni nous-même, ne pourrions nous investir dans ce type d'enquête sans ajouter à l'épuisement ressenti au décours de la crise.

Pour répondre à la question posée d'une façon différente, nous avons décidé de croiser différentes prises de vues, différents éclairages sur le thème du soin et de l'attention portée aux soignants au sein de la CPTS. Nous les espérons complémentaires malgré leur caractère personnel, narratif ou descriptif, et susceptibles de faire émerger des thématiques par une analyse permettant d'ouvrir à une discussion.

OBJECTIFS :

Nous souhaitons explorer le plus largement possible, tout en respectant le format demandé pour ce mémoire, l'ensemble des actions vécues et mises en place au sein de notre CPTS, afin de pointer quels pourraient être leurs effets bénéfiques ou délétères pour les soignants.

Ce mémoire peut donc s'envisager comme une première étape consistant à apporter des informations sur les actions dans lesquelles certains PS s'impliquent quand ils entrent dans la vie d'une CPTS : une matière première, un état des lieux, un paysage que l'on décide d'observer sous l'angle du soin aux soignants, ceux qui travaillent dans le secteur ambulatoire du système de santé de la France des trois dernières années, de 2017 à 2020.

Par cette démarche, nous souhaitons contribuer à la connaissance émergente de ce nouveau cadre, celui de la communauté professionnelle territoriale de santé, et mettre en évidence quelques idées principales concernant le soin aux soignants en ambulatoire, pouvant conduire à des étapes ultérieures de recherches et d'actions.

METHODE :

Nous avons associé notre témoignage à des descriptions et analyses des actions menées au sein d'un territoire de santé catégorisé « niveau 2 » (*voir note en fin de partie Méthode*), approximativement 75000 habitants, 360 professionnels de santé libéraux, 90 adhérents : la CPTS Châteauroux & Co.

Sans utiliser d'outil formel de recherche qualitative, nous avons néanmoins été inspirée par la thèse de médecine générale du docteur Camille Duplay, premier prix du congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) en 2017 (8). Ce travail original « ultra-qualitatif » avait consisté à mener des entretiens auprès d'une unique femme âgée à différents moments de sa vie, à les retranscrire et les analyser. L'auteure avait alors dégagé plusieurs thématiques portant sur le maintien à domicile de la personne âgée et sa fin de vie, s'inscrivant alors dans l'idée de C. Rogers de mettre en évidence l'universel à partir de l'expérience d'un individu.

Dans notre travail, l'individu est remplacé par une association, une parmi les 31 CPTS ayant aujourd'hui signé leurs accords conventionnels interprofessionnels (ACI) (9).

Ayant vu naître cette association et l'ayant suivie jusqu'à ce jour, nous endossons le rôle de témoin et les informations que nous en rapportons prennent donc la forme d'un texte narratif.

Plutôt que d'adopter un suivi chronologique, comme dans la thèse précitée, nous avons choisi de juxtaposer cinq récits d'objet et de nature différents, dans l'idée d'en confronter le contenu pour en dégager les idées fortes.

Ces cinq « focus » constituent la partie « Résultats » de notre travail, leur analyse s'incluant dans la partie « Discussion » :

- Le premier récit est un clin d'œil, mais surtout un hommage à nos maîtres / confrères qui ont fondé les principes du matériel pédagogique de base de l'enseignement de la médecine générale actuellement en France : le Récit d'une Situation Complexe Authentique (RSCA) (10). Bien sûr, il ne s'agit pas d'un épisode de soin, mais en livrant les pages les plus personnelles de notre implication dans notre CPTS, nous avons souhaité garder l'esprit d'authenticité et de complexité du format RSCA: c'est notre *photo d'identité*.
- Le second paragraphe raconte l'histoire du groupe de travail dédié spécifiquement au soin aux soignants dans notre CPTS. Il expose les différentes étapes de son cheminement et ses différentes actions : c'est notre *photo de groupe*.
- La troisième partie est un focus sur l'un des ateliers collectifs préventifs créés par ce dernier groupe, l'atelier « Mains - Mots » : c'est notre *photo de famille*.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Le quatrième volet reprend de façon systématique l'ensemble des actions de la CPTS Châteauroux & Co susceptibles de comporter implicitement un potentiel soignant ou bienfaisant pour les PS : c'est notre **photo panorama**.
- Et enfin, le cinquième et dernier chapitre s'est naturellement immiscé au décours de la crise : il était impossible de ne pas dire quelques mots du vécu des professionnels de santé durant la période COVID - 19... C'est notre **photo de presse** !

Dans notre discussion, nous tentons de dégager les thématiques principales issues de ces cinq perspectives, nous cherchons à repérer avec le plus d'honnêteté possible les aspects de l'implication des soignants dans une CPTS susceptibles de nuire à leur qualité de vie au travail (QVT) (pour les nostalgiques de l'argentique, ce sont nos **négatifs**). Nous essayons enfin de nous projeter vers les évolutions qui pourraient amener à un renforcement de l'action des CPTS, tant sur le plan du service rendu à l'utilisateur qu'à la communauté des soignants.

Quelques précisions sémantiques préalables :

Pluripro = pluriprofessionnel => destiné à l'ensemble des PS ou plusieurs PS différents

Interpro = interprofessionnel => impliquant une interaction entre différents PS

Monopro = monoprofessionnel => impliquant des PS de même métier

Note :

Dans le cadre des ACI déterminant leur financement par l'Assurance Maladie, les CPTS sont catégorisées en 4 niveaux selon le nombre d'habitants de leur territoire. Le niveau 2 correspond à un territoire de 40000 à 80000 habitants.

RESULTATS

Partie 1 - RSCA : une présidence de CPTS vue de l'intérieur

Il n'y a aucune raison d'aspirer au changement lorsqu'on se trouve bien là où on est. Sans doute est-il possible d'attribuer le succès des CPTS à une « approche centrée soignant », au respect des spécificités de chaque territoire, aux moyens engagés dans les fonctions d'appui, d'accord. En réalité, je suis convaincue que peu d'entre nous s'y seraient investis s'ils n'y avaient été acculés, s'ils n'y avaient perçu une ultime chance de voir leur paysage de santé local s'améliorer. Si le fait de refuser de soigner des patients pour sauver leur peau n'était pas devenu pour beaucoup une cause de souffrance au travail. La dégradation réelle et/ou ressentie du système de soins a sans doute été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase de la souffrance des soignants et les a conduits à se risquer enfin à un processus de changement. Il était peut-être nécessaire d'atteindre un certain degré de non-sens et un état proche du chaos pour réussir à faire évoluer des postures et comportements professionnels figés depuis des décennies.

C'est ainsi que l'histoire a commencé pour moi. J'admets ne pas avoir attendu que le système de santé souffre pour connaître la souffrance du soignant. Je suis issue d'une famille nombreuse de médecins touchés par de multiples drames et morts violentes. Après quelques hésitations, je me suis malgré tout engagée dans cette voie qui a tenu toutes ses promesses en termes d'expériences douloureuses. J'admire ces réalisateurs d'aujourd'hui filmant avec simplicité, distance et humour les obstacles surgissant sur le chemin de futurs médecins découvrant une communauté de professionnels transmettant de génération en génération leur incapacité à accorder quelle valeur que ce soit à l'expression de leurs affects. L'exercice de leur fonction ne manque pourtant pas d'en provoquer.

L'apprentissage de leur gestion s'est progressivement intégré dans ma vie, comme dans celle de tous les soignants, et si un besoin d'accompagnement s'est fait sentir durant certaines périodes, il a fallu le chercher ailleurs que dans mon cadre professionnel. Ce ressenti m'a naturellement conduit à m'impliquer dans des actions m'apparaissant protectrices, sources d'échanges et d'amélioration des conditions d'exercice dans mon bassin de vie : Groupe de Pairs®, association de maison médicale de garde, maîtrise de stage et enseignement, réseaux interprofessionnels, groupe de réflexion éthique... L'importance de ces engagements s'est renforcée quand, aux difficultés inhérentes à la profession de médecin, se sont ajoutées celles rencontrées par les usagers de la santé de mon territoire.

Nous savions que cette situation surviendrait tôt ou tard. Dès l'application du parcours de soins coordonné centré sur le « médecin traitant » en 2005, nous guettions avec anxiété le point de rupture. Il est arrivé rapidement après, entre 2010 et 2013, période durant laquelle le refus des médecins généralistes d'accepter des nouveaux patients s'est généralisé dans notre secteur de soins.

Je ne comprenais alors pas le discours des différents ministres de la Santé, affirmant que nos problèmes n'étaient pas liés à un nombre insuffisant de médecins (11). J'entendais que nous étions mal organisés et répartis, mais les faits étaient bien là : une part croissante de patients n'accédaient plus aux soins, les médecins se retrouvaient dans une posture de choisir entre sacrifier une partie de la population et se sacrifier eux-mêmes ainsi que leur famille, et, au final, le divorce entre le système de santé et le principe éthique de justice devenait total.

Je vivais mal cette situation. Je participais à un système qui n'avait plus de sens, où les médecins n'acceptaient de prendre des nouveaux patients que sous la contrainte ou par copinage, alors que je me désespérais de l'inutilité de certains actes, que j'assistais à l'inexorable épuisement de notre pool et à une lame de fond de désinstallations. J'ai passé des heures, des jours, des nuits, à chercher des solutions, des voies d'amélioration possibles, à savoir quelles décisions pouvaient relever des acteurs de terrain ou des législateurs. J'arrivais à la conclusion qu'il fallait aider les médecins :

- A se protéger, en leur donnant l'occasion de s'exprimer, en créant des espaces pour partager des solutions, en les encourageant à accepter leurs limites, en préservant des moments de convivialité entre praticiens, en prêtant attention à la qualité d'accueil des jeunes confrères
- A se recentrer sur les missions ayant le meilleur rapport efficacité / impact sur la santé de la population, ce qui impliquait de faire collectivement des choix
- A solliciter des ressources extérieures lorsque leur offre de soin ne suffisait plus.

Mais il fallait également, au niveau national, entrer dans une réflexion vaste, profonde et éthique, sur l'acceptation sociétale de cadre et de limites dans la demande de soins et sur l'acceptation professionnelle de moyens de régulation et de répartition de l'offre de soins.

Concernant mon exercice professionnel, une expérience antérieure contrastée d'association ne m'incitait pas à m'investir dans la création d'une grosse structure. Le récit de l'épopée de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de Châteauroux nécessiterait à lui seul plusieurs volumes, et sa première pierre n'est à ce jour toujours pas posée. Si l'interprofessionnalité et la perspective d'exercer dans des locaux adaptés me paraissaient séduisantes et attractives pour les futurs PS, la rédaction d'un projet de santé et le carcan des ACI me faisaient peur. Malgré les encouragements et incitations de plusieurs municipalités et directeurs d'Agence Régionale de Santé (ARS), nous ne trouvions pas la clé. La recette ne fonctionnait pas.

C'est dans ce contexte globalement confus qu'au début de l'été 2017, le Président du Conseil Territorial de Santé (CTS) de l'Indre m'a proposé de me pencher sur la question d'une CPTS. Hervé me connaissait bien. A travers notre appartenance commune au Groupe Ethique 36, il savait quels étaient mes engagements, mes réflexions, mes forces et mes faiblesses. Que je n'étais ni élue ordinale

ni syndicale, mais que j'aimais jouer collectif, que j'appréciais la multidisciplinarité, que j'étais très attachée au partenariat avec l'usager de la santé et que mes relations avec les étudiants, l'université et l'hôpital étaient bonnes. Il connaissait mes valeurs et savait que je pouvais compter sur un bon groupe de confrères facilitants.

Fin août 2017, nous nous sommes retrouvés dans la modeste salle de pause de notre cabinet autour d'un poulet rôti, d'un paquet de chips et d'un melon. Nous étions cinq : Mylène, chargée de missions de la fédération des URPS CVDL, Céline, mon associée, responsable de la coordination des internes de l'Indre, Christophe, créateur de la maison médicale de garde de Châteauroux, Hervé et moi.

J'avais alors entendu de très loin parler des CPTS et ne savais pas réellement à quoi cela correspondait. Après quelques explications, j'ai très vite perçu que cette nouvelle entité offrait un cadre formel aux réflexions territoriales qui me préoccupaient depuis des années, dans une approche globale qui répondait bien à mon besoin de cohérence. Mais de là à jouer la locomotive de ce train-là ? Moi, piètre gestionnaire, qui me faisais déjà une montagne d'écrire un projet de MSP ? Moi, dont le surinvestissement professionnel avait déjà failli me coûter mon couple et ma famille ?

J'ai malgré tout considéré que la bienfaisance de tenter de remédier à des problématiques que je supportais de plus en plus mal emportait le morceau. Mon associée a immédiatement eu un réflexe protecteur à mon égard en me faisant promettre de ne me lancer dans cette aventure qu'à condition de me désengager d'autres fonctions professionnelles. C'est ainsi que quelques mois plus tard je lâchais mes gardes de régulation au Centre 15, pourtant moins envahissantes et bien plus lucratives qu'une présidence de CPTS...

Mais jamais, jamais, je n'aurais accepté d'entrer dans cette dynamique sans la proposition d'aide qui m'a été faite, sans le soutien logistique que me garantissait la fédération des URPS CVDL, sans la relation de confiance qui s'est nouée d'emblée entre Mylène et moi, sans l'intuition de l'immense potentiel créatif de ce binôme d'un monde nouveau que représentait celui associant un professionnel de santé à ce beau et noble métier de coordinateur de santé.

Notre CPTS est en réalité née ce jour-là, au chaud de notre cabinet, « au 143 ». Par la suite, avec tous ceux qui le souhaitaient, nous n'avons fait que dérouler un fil, celui des idées, des besoins et des ressources de notre territoire, en nous rencontrant, en définissant ensemble quelles thématiques nous paraissaient prioritaires, en formant nos groupes de travail, nos collèges mono-professionnels, en écrivant notre projet de santé et en le faisant valider par l'ARS, puis un peu plus tard, en réussissant à trouver, à force d'échanges intra CPTS, inter CPTS départementaux et inter CPTS régionaux, le compromis nécessaire à la signature de nos ACI avec la CPAM 36 et l'ARS, à l'aube de la crise COVID-19.

Ces centaines de réunions, ces milliers d'heures de travail supplémentaires diurnes et nocturnes, en semaine, week-ends et jours fériés, en congés, tout cela pour finalement voir sa rémunération stagner voire baisser pendant que celle de tous ses copains explose, il n'est pas facile de les justifier auprès de son entourage. Certes, tout type d'engagement professionnel autre que le soin peut conduire au surinvestissement. Cependant la crise m'a fait franchir un palier dans le déraisonnable, et cette expérience marquante m'a aidé à prendre conscience que quelque chose devait changer dans la gestion de mes différents temps de travail, qu'il devenait indispensable que le temps de coordination soit mieux reconnu pour être accepté par le plus grand nombre.

En dehors du soin et de son enseignement, je n'ai jamais connu expérience professionnelle plus enrichissante et passionnante que celle apportée par une CPTS. Le retour sur investissement est énorme. Mais l'investissement est de même dimension. Il me faut continuer à chercher, pour trouver cet équilibre que je ne peux prétendre détenir aujourd'hui. Continuer à chercher...

Partie 2 - Prendre soin des soignants : priorité affichée de notre CPTS

D'évidence, le soin aux soignants n'a pas attendu la naissance d'une CPTS pour exister sur notre territoire. Lorsque chez un collègue, un associé, un ami, les signes de mal-être deviennent criants, quelqu'un finit toujours par réagir... ou pas, en fonction du degré d'isolement du soignant. Lorsque la structure ordinale existe, c'est elle qui finit par démêler la situation inextricable dans lequel le PS s'est progressivement enfoncé, parfois jusqu'au point de non-retour (12). Si des actions préexistaient, elles étaient souvent assez tardives. Les numéros d'appels ont ensuite fait leur apparition dans le paysage des PS, ainsi que les questionnaires, les enquêtes, contribuant à les familiariser avec l'idée qu'une souffrance professionnelle pouvait aussi les toucher, et qu'il n'était pas nécessaire d'attendre d'être au plus mal pour demander de l'aide (13). Le sujet est sorti de la zone taboue. Les conduites des PS vis-à-vis de leur propre santé, en particulier mentale, ont-elles évolué pour autant ?

Notre pays prend pourtant conscience de l'immense enjeu caché derrière la question du bien-être au travail des soignants : il s'agit tout simplement du soin, en termes qualitatifs, bien-sûr (qualité d'écoute, de présence, pertinence des décisions, ouverture...), mais également en termes quantitatifs, le mal-être entraînant des désinstallations à une vitesse sans doute voisine des démissions dans le secteur public (14). Ainsi, la problématique de l'accès aux soins devient indissociable de celle du « prendre soin des soignants ». Il devient à ce jour difficile de raisonner différemment.

Début 2017, l'association MOTS a été invitée à présenter ses actions dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) de notre secteur. Cette soirée a été importante pour moi. S'il était inutile de me convaincre de l'importance de la démarche, elle a mis en route un processus de réflexion sur la façon dont je pouvais prendre ma place dans ce processus auquel j'adhérais, et accessoirement caser

le DIU Soigner les soignants dans mon emploi du temps. Ainsi, lors de la toute première réunion en octobre 2017 durant laquelle l'ensemble des PS de la future CPTS Châteauroux & Co ont été invités à exprimer leurs idées, leurs besoins, c'est cette thématique que j'ai brandie à titre personnel, avant même celle de l'accès aux soins qui pourtant était essentielle à mes yeux. Je trouvais enfin un écrin pour ce précieux sujet et acceptais avec joie et fierté la responsabilité de ce « groupe 3 » naissant.

5 personnes s'étaient inscrites sur le listing : trois médecins, dont une jeune remplaçante, une orthophoniste et la directrice de maison pour seniors qui nous accueillait pour la réunion. Il m'est apparu nécessaire d'étoffer le groupe, en m'appuyant sur trois convictions :

- Faire avec l'existant, en sollicitant les professionnels du secteur pouvant offrir une certaine disponibilité aux soignants
- Diversifier les approches, afin de pouvoir proposer aux soignants une gamme de possibilités de soins qui convienne spécifiquement à leurs besoins
- Allier des approches verbales avec des approches corporelles, point que je développerai un peu plus loin.

J'ai donc contacté téléphoniquement trois professionnels me paraissant en capacité de répondre à ces objectifs : un psychologue clinicien, une sophrologue/relaxologue et une ostéopathe.

La première rencontre s'est déroulée le 6 décembre 2017. Partant du constat qu'un nombre croissant de PS étaient en situation de souffrance au travail, le groupe a souhaité se positionner dans la posture du « care = prendre soin de », optant pour le nom de groupe « Prendre soin des soignants ». Le « prendre soin » plutôt que le « soin » nous permettait également de donner la possibilité d'intervenir à des professionnels ne faisant pas partie des PS, à des acteurs moins épuisés que les soignants eux-mêmes. Le lien entre le développement de cette culture du « prendre soin » et la qualité des soins dispensés aux patients apparaissait à tous comme une évidence. Les différentes raisons de cette souffrance ont été recherchées, ainsi que les spécificités de la population soignante, en particulier concernant les aspects de déni, de peur du jugement et de confidentialité à l'échelle d'un territoire modeste. Dès cette rencontre, il nous est apparu nécessaire de proposer deux grands types d'actions :

- Collectives, en petits groupes, à des fins plutôt préventives,
- Individuelles, avec nécessité d'aménager des voies d'accès prioritaires réservées aux soignants, à des fins plutôt curatives.

Il fallait veiller au champ d'action de chaque professionnel pour ne pas générer de crispations (notamment dans le domaine psychocorporel), chercher un cadre méthodologique pour un groupe de parole sans professionnel formé au Balint, s'interroger sur les créneaux horaires les plus attractifs pour des professionnels libéraux... Finalement, l'idée d'élaborer un questionnaire adressé à l'ensemble des

PS du territoire pour connaître leurs besoins et attentes nous est apparue comme la plus adaptée et constituerait notre première action. Entre temps, chaque membre du groupe pouvait réfléchir aux propositions sur lesquelles il souhaitait travailler (voir partie suivante).

Début 2018, le questionnaire anonyme a été envoyé par voie postale aux 360 PS du territoire et distribué aux acteurs présents lors de la première Assemblée Générale (AG) de la CPTS en avril 2018. Il a obtenu un taux de réponse d'environ 25%, correspondant globalement au taux d'adhésion de l'association (annexe 2) et a permis au groupe (qui, après l'AG, s'était enrichi de deux psychiatres, d'une infirmière, d'une orthoptiste, de plusieurs orthophonistes, d'une sage-femme et d'une dentiste), d'obtenir des informations très utiles pour orienter ses actions.

A la première question, concernant la pertinence d'une démarche territoriale dédiée au soin aux soignants, nous obtenions une approbation d'environ 90%. Un vrai plébiscite. C'était encourageant. Pour les questions suivantes les chiffres étaient plus nuancés, mais tout aussi informatifs.

La répartition entre la demande de soins par entretiens ou échanges verbaux et soins psychocorporels était tout à fait équilibrée, de même qu'entre les actions individuelles et collectives. Nous retrouvons ce partage dans les commentaires libres. Pour les actions collectives, le format « petit groupe » était jugé le plus approprié, et on notait deux fois plus de voix pour la forme multiprofessionnelle que monoprofessionnelle.

La réponse à la question : « Vous considérez-vous susceptible de bénéficier de ce lieu ressource » était particulièrement instructive. Nous avons pris la précaution de laisser la place au doute, ce qui s'avéra utile. Oui : 43% ; Non : 23% ; je ne sais pas : 33%. Les PS nous ont paru faire preuve de prudence et de lucidité.

Les difficultés commençaient avec la question des tranches horaires pour accéder à ces temps de soins: toutes les options étaient représentées, mais, sans surprise en milieu libéral, le créneau 20-22h emportait la majorité, suivi du 18-20h, puis du 12-14h et à 80% en semaine. Le message était clair : « le temps requis pour me maintenir dans un état de bien-être ne se substitue pas à mon temps de travail, mais s'y rajoute. Renoncer à du temps de soins (c'est-à-dire de l'offre de soins, mais aussi des honoraires) pour se soigner n'était pas envisagé.

Sur « l'échelle de bien-être » que nous avons proposée, une sorte d'Echelle Visuelle Analogique (EVA) adaptée, 53% penchaient du côté « bien-être », 33% du côté « mal-être » et 13% au centre.

Et enfin, je rapporte ici quelques-unes des suggestions et observations libres exprimées :

- « Organisation le week-end pour apprendre à se connaître et à vivre ensemble sans attendre forcément d'être en difficulté »

- « Difficulté à se situer sur l'échelle de bien-être car cela dépend des critères mais c'est surtout en regardant ma pratique professionnelle et mes conditions de travail par rapport à 10 ans en arrière que je perçois une nette dégradation sur de nombreux plans »
- « Comment nous soulager alors que le travail devient de plus en plus pénible »
- « 2 niveaux d'actions : les échanges entre professionnels pour discuter des cas cliniques ou du quotidien semblent une nécessité pour ne pas s'enfermer dans son travail, un mal-être profond qui nécessite un travail individuel avec une personne qualifiée ».

Plusieurs commentaires concernaient des aspects d'ordre organisationnel : « trouver un remplaçant, assistance juridique, groupes de discussion à propos de situations cliniques... », montrant que la conception de l'aide, pour les PS, était bien globale et n'impliquait pas que du soin.

Nous avons convié Parvine, une consœur de notre région, membre de l'association MOTS, à la réunion dédiée au décryptage du questionnaire. Les messages principaux qu'il nous renvoyait étaient les suivants : il fallait diversifier l'offre, proposer différentes actions pour différents besoins et différents ressentis. Il fallait que chacun puisse trouver un type d'aide correspondant à ses sensibilités. Nous allions donc concevoir un « livret » présentant la palette des différentes activités et soins que la CPTS allait mettre à disposition des soignants (annexe 3). Pour cela, il fallait que chacun finalise sa proposition et détermine ses modalités pratiques (lieu, fréquence, nombre de participants...).

La rémunération des soins par les PS n'était pas consensuelle. En effet, une partie du groupe considérait que l'aspect financier n'était pas problématique pour les soignants comparativement à la population générale, qu'il était important de rester acteur, de préserver la valeur du soin et de l'équité vis-à-vis des non-soignants. D'autres considéraient que la gratuité encouragerait les PS à se faire soigner. En réalité, beaucoup d'entre nous étions partagés sur cette question. Nous avons opté pour un « bon » symbolique de 10 euros par séance de prévention collective par PS. Sans ACI, la CPTS n'était pas très riche et il nous fallait tenir compte de notre budget.

Concernant les séances individuelles, ce bon s'appliquerait également aux soins non remboursés (psychologue libéral, sophrologue, ostéopathe...) en dédommageant directement le praticien pour préserver l'anonymat. Pour les soins remboursés (psychiatre ou autre), l'action de la CPTS consisterait surtout à aider le soignant à obtenir un rendez-vous dans un délai rapide, avantage précieux dans un secteur comme celui de Châteauroux.

Quelques mois plus tard, une enquête similaire à destination des salariés des PS libéraux a débuté : secrétaires médicales, assistantes dentaires, personnel de laboratoire d'analyse médicale... Toutes ces personnes qui n'étaient pas considérées comme des PS mais qui, au quotidien, partageaient une bonne

partie de leurs difficultés, seraient sans doute satisfaites de pouvoir également exprimer leurs besoins et de se voir proposer des actions spécifiques.

Que peut-on dire aujourd'hui de l'utilisation de ces offres de soins par les PS et leurs salariés ?

Concernant l'usage des deux numéros d'appels que la CPTS contribue à diffuser, celui de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS) et celui de MOTS, nous avons cherché à savoir s'il était possible d'obtenir des informations anonymisées sur l'évolution des chiffres d'appels départementaux, voire territoriaux, auprès de leurs sièges, mais dans le contexte sanitaire actuel, nous n'avons pas pu obtenir de réponse.

A propos des soins individuels, nous avons pu constater qu'aucune demande n'a été formulée directement par les PS, mais uniquement par un intermédiaire. Ces situations nous parviennent par des voies informelles, car l'action du groupe et leurs acteurs commencent à être identifiés. Je prends l'exemple d'un jeune confrère installé depuis quelques années, ayant repris seul la lourde patientèle de son maître de stage. La communication entre médecins du même secteur a permis de repérer que ce collègue s'épuisait rapidement et dangereusement. L'invitation à l'une des séances du Groupe de Pairs® et un petit échange en aparté ont créé les conditions pour lui conseiller le rapprochement avec un confrère proche géographiquement, afin de prendre une demi-journée dans la semaine, première « soupape » d'urgence. Le cabinet a parallèlement été indiqué à différents internes, aboutissant aujourd'hui à un contrat d'assistantat, demain à une installation. En recroisant ce collègue ces derniers mois, il me confiait que si ces changements n'étaient pas survenus dans son exercice, il « dévissait » dans les mois qui suivaient. C'est bien sûr le village dans lequel il exerce le grand bénéficiaire de cette anecdote, et par conséquent notre territoire tout entier. Mais dire que toutes les situations se terminent aussi bien serait mentir.

Concernant les séances collectives, feuilles de présence obligent, les actions sont plus facilement objectivables. De façon assez surprenante, le premier atelier mis en place a été celui utilisant la danse comme moyen de détente, de retour à soi et à son ressenti corporel, porté par l'orthoptiste du groupe. Cela n'a pas manqué de valoir à la CPTS Châteauroux & Co quelques moqueries, devenue celle qui proposait la danse comme solution aux problèmes de santé du territoire. Ces railleries ont trouvé une nouvelle occasion d'être alimentées par la naissance de l'atelier Mains-Mots, très rapidement rebaptisé « Atelier Papouilles », dénomination à laquelle nous avons fini par nous attacher. Une troisième proposition en art-thérapie, cette fois-ci à l'intention des salariés des PS ainsi que des aides à domicile a également débuté plus récemment.

Partie 3 - l'Atelier Mains - Mots : une expérience inédite

Membre du groupe « Prendre soin des soignants » depuis sa création, j'ai apporté ma contribution aux idées exprimées pendant ces réunions, et comme certains, j'ai souhaité travailler sur une proposition de soins, dans le domaine préventif et collectif. Bien que sensibilisée aux problématiques de santé mentale qui occupent une place importante dans mon exercice, je ne pouvais alors revendiquer de formation spécifique concernant le soin aux soignants. Il m'était apparu par conséquent plus légitime de me situer, vis-à-vis de mes confrères, dans une approche préventive plutôt que curative.

J'avais observé, au cours de mes diverses rencontres, lectures, expériences professionnelles et personnelles, que le travail corporel et verbal étaient particulièrement synergiques dans le domaine du développement personnel. Cette synergie me paraissait de nature à faciliter la levée des freins des soignants envers leurs propres soins, tels que le déni et surtout l'intellectualisation. Elle me paraissait aussi susceptible d'aider à diminuer une certaine peur du jugement, une défiance envers ses pairs, en favorisant l'instauration d'un lien de confiance passant par d'autres canaux que la voie verbale. En résumé, j'avais le sentiment que les approches psychocorporelles, dans le domaine du soin aux soignants, étaient susceptibles « d'apporter quelque chose » pour reprendre l'expression d'une respectable revue médicale française. Mais quel épouvantable tabou ! Et quel vide abyssal en termes de preuves... A ma connaissance, les seules expérimentations ayant obtenu un début de validation étaient basées sur la méditation en pleine conscience (MPC). Cette proposition était déjà portée par l'un des psychiatres du groupe, il me fallait autre chose...

Si j'avais souhaité créer un groupe Balint à Châteauroux, j'aurais trouvé moyen de le faire, même en l'absence de professionnel formé à cet exercice sur le secteur. Il suffisait de le vouloir et de le défendre. Si l'idée m'a traversée, mon désir de le faire n'était pas assez fort. En effet, la fonction thérapeutique implicite de mon Groupe de Pairs® m'était suffisante, enrichie de mes nombreux autres échanges interprofessionnels, et si un besoin d'aide se faisait sentir à un niveau plus personnel, je savais à quelles portes frapper, en commençant par celle de mon médecin traitant.

En revanche, si le travail de parole occupait une place importante dans ma vie en position de soignante ou de soignée, je ne pouvais pas en dire autant des soins « de toucher », que j'avais déjà reçus et pratiqués mais pour lesquels je ne disposais pas de cadre professionnel formel. Je le regrettais. Dix ans en amont, nous nous étions risquées à quelques séances avec une amie médecin généraliste qui avait suivi une formation non finalisée en Shiatsu. Pour ma part, j'avais participé à plusieurs stages de Massage Sensitif®, de Polarité® sans pour autant accéder à une quelconque qualification. Ces expériences personnelles nous avaient rendues aptes à nous dispenser mutuellement un soin de toucher ressenti par chacune comme agréable, bienfaisant et utile. Malgré tout, en l'absence de cadre précis, nous n'avions pas su pérenniser ces séances.

Je me suis donc jetée à l'eau pour écrire le projet dont je rêvais : une proposition adressée à un petit groupe de professionnels de santé, quels que soient leurs métiers, se rendant disponibles mensuellement pour une séance de soin associant la parole et le toucher, et tachant de privilégier le ressenti, l'attention à l'autre et la confiance en ses propres capacités de soins, plutôt que la technique et la connaissance. Personne dans le groupe n'était positionné en sachant, chacun était invité à développer sa propre expertise au fil des séances et de son expérience. Il n'était nullement nécessaire de recourir à un intervenant extérieur, car la particularité d'un groupe de soignants, outre leurs besoins spécifiques, était d'être tous formés aux principes de base de la relation de soin : la bienveillance, la prudence, l'attention aux réactions de l'autre et aux siennes, la modération. Je n'avais pas de doute sur la capacité d'autorégulation du groupe.

Motivée à bloc, j'ai écrit un projet le plus complet et détaillé possible en février 2018, avec un peu d'appréhension sur l'accueil du groupe 3 face à « une espèce de chose sortie de nulle part ». Mais ce dernier a été intrigué et m'a encouragé à poursuivre. J'ai écouté avec un réel soulagement les remarques positives de mon confrère psychiatre expert en MPC. Après avoir réuni un groupe de 6 PS, la mise en pratique du projet a débuté en septembre 2019. Afin de récolter de premières informations sur cette expérimentation innovante et « disruptive », je l'ai proposée à une étudiante comme sujet de thèse de médecine générale. Elle a recueilli le ressenti des PS avant et après la réalisation des 8 séances et débuté son analyse. La soutenance de la thèse est prévue pour 2021.

Voici les principales caractéristiques de l'expérimentation 2019-2020 de l'atelier Mains-Mots :

- Participantes : 4 médecins généralistes (2 installées, 2 remplaçantes), 1 urgentiste, 1 dentiste
- Mode de déroulement des séances (*voir encadré 1*)

Encadré 1

Déroulement des séances de l'Atelier Mains - Mots

- **Temps 1** : Accueil : 20 minutes
Ce temps est important. Il représente le « sas » entre une vie rapide et souvent chargée de stress, et un temps délibérément lent, dégagé des contraintes et dédié au lâcher prise. Les soignants sont invités, après avoir échangé quelques nouvelles, à observer un temps méditatif destiné à accueillir ce qui est présent en eux et à se rendre disponible à l'autre. A son issue, ils forment leur binôme.
- **Temps 2** : Réalisation du protocole de soin dans le premier sens. Le soignant A réalise le soin, le soignant B reçoit le soin et exprime un premier ressenti : 30-40 minutes.
- **Temps 3** : Réalisation du protocole de soin en inversant les rôles : 30-40 minutes
- **Temps 4** : Tour de parole sur l'expérience de chacun au cours des temps 2 et 3 tout en partageant une collation : 30 minutes
- **Temps 5** : Echange informel faisant fonction de « sas de sortie » préparant au retour aux préoccupations quotidiennes et à un rythme rapide.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Lieu : la CPTS ne disposant pas encore de local attitré, elles se sont déroulées à mon domicile dans une pièce isolée
- Planification des 8 séances à l'issue de la première séance d'essai
- Matériel : Achat de 3 tables de massage portables bon marché par 3 membres du groupe volontaires (qui ont profité de cet investissement pour en faire bénéficier leur entourage)

Mes quelques inquiétudes précédant le début de l'expérimentation se sont bien vite dissipées. Comme j'ai eu l'occasion de l'exprimer lors de l'entretien réalisé par l'étudiante thésarde au décours des séances, mes attentes ont été très largement dépassées. Très rapidement, les PS ont pu trouver leur chemin et réaliser des soins de toucher en respectant des règles très basiques tout en faisant confiance en leur ressenti et attention aux réactions de l'autre. Le document de 13 pages (intitulé initialement « Soignants et Présents », pour mettre en avant l'importance de la qualité de présence) que j'avais écrit en pensant que certains auraient besoin de repères concrets et précis, par manque d'expérience et de pratique personnelle, n'a été utilisé par personne. Il reste disponible au besoin. Les échanges collectifs ont été d'une telle richesse que je regrette qu'ils n'aient pu être enregistrés, l'essentiel restant leur bénéfice pour les participants.

La première saison de cet atelier Mains-Mots a donc été de mon point de vue très positive. Il faudra attendre les résultats du travail de notre future consœur pour connaître celui des autres participantes. A l'issue de cette année 2019-2020, avec toutes ses particularités, il nous faut envisager la façon dont cette expérience peut évoluer. Mon idée serait de partager les bienfaits ressentis à un plus grand nombre, en incitant certains membres de l'atelier à coordonner de nouveaux groupes dans de nouveaux cadres. C'est notre défi pour 2020-2021, en visant l'amélioration de l'interprofessionnalité, du lien Ville – Hôpital, et surtout... de la mixité !

Partie 4 : le soin aux soignants à travers les autres actions de la CPTS

Afin de parcourir l'ensemble des actions de notre CPTS pour en repérer le potentiel soignant ou bienfaisant, j'ai choisi de suivre un plan que je connais bien : celui de notre « projet de santé ».

⇒ **Axe 1 : Accès aux soins**

- Par l'abord prioritaire et collectif de la plus actuelle et difficile des problématiques, lutte contre le sentiment d'impuissance, d'échec et de perte de sens, source de démotivation, de découragement, d'anxiété et de culpabilité chez les PS

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Grâce aux échanges interprofessionnels, développement d'idées innovantes permettant de dépasser certaines postures défensives et d'aboutir à des solutions concrètes, seules capables de justifier les efforts fournis et de procurer un sentiment de satisfaction chez les soignants
- Accompagnement des PS vers des pratiques nouvelles anxiogènes :
 - Télémédecine, par des ateliers collectifs pluri-pro conviviaux permettant de démystifier certains aspects techniques et d'encourager les plus sceptiques
 - Débats inter-pro sur les partages de missions (plutôt que « délégation de tâches » !) permettant l'expression des principaux freins des PS (ex : la peur de perdre) et de lever certains blocages mono-pro grâce à une vision globale, dans laquelle la perspective de l'usager est souvent mieux prise en compte. Développement de la complémentarité et du sentiment d'appartenance à une famille plus grande et plus puissante que celle de son cabinet : sa CPTS.

Le travail du groupe 1 a conduit :

- Au projet de création de deux structures de soins dédiées aux patients sans médecin traitant (environ 14% de la population soit 13000 personnes sur le territoire) grâce à une équipe de médecins remplaçants et de jeunes retraités : l'OSAT (Offre de Soins Alternative et Transitoire) SUIVI et SNP (soins non programmés),
- Au projet de création par les orthophonistes d'un secrétariat mutualisé territorial, permettant de prioriser les demandes de soins, action difficile à réaliser individuellement,
- Aux premières téléconsultations en EHPAD de la région CVDL grâce à un travail mené en amont de la crise COVID-19 avec les cadres de santé des établissements.

⇒ **Axe 2 : Coordination Ville / Hôpital / autres partenaires du système de santé**

- Grâce à l'organisation de réunions dédiées à la coordination, les PS ont la possibilité de mieux se connaître, de personnaliser leurs échanges et d'améliorer la communication nécessaire au parcours de soins du patient.
- Le cadre de la CPTS permet aux PS d'aborder leurs dysfonctionnements de façon sécurisante, en constatant que leurs difficultés sont souvent communes. La diminution des ressentis négatifs entre partenaires de secteurs différents, à l'instar des échanges interprofessionnels, leur permet d'économiser l'énergie dépensée dans des conflits au profit d'actions constructives procurant de la satisfaction.
- L'axe coordination ouvre un champ relationnel entre deux mondes de culture professionnelle différente et souvent opposée, sur lequel l'offre de soins est fondée : le secteur salarié et libéral.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

En contexte de refonte du système de santé, créer des lieux d'échanges entre ces deux mondes à l'échelle territoriale constitue un acte de démocratie sanitaire d'intérêt général et donne aux PS l'opportunité de se sentir responsables, pleinement acteurs de la mutation nécessaire et de reprendre leur place de citoyen indispensable au bon fonctionnement de notre société. Nombreux sont les PS, notamment les médecins, faisant état d'un sentiment de perte de statut comme l'une des explications de leur mal-être (15). Contribuer à écrire les pages du futur système de santé peut leur permettre d'en retrouver un correspondant mieux aux attentes de la société, et donc source d'une plus grande reconnaissance.

- Les rencontres collaboratives permettent de s'accorder sur le choix d'outils et de voies de communication dont la finalité est la simplification de la vie quotidienne des PS. La multiplicité des plateformes, interfaces, applications, étant ressentie par la plupart des soignants comme un envahissement de l'espace vital, leur harmonisation et l'amélioration de leur ergonomie ne peut être que libératoire.
- Le rapprochement Ville / Hôpital permet l'élaboration de projets communs au service du territoire, de limiter les actions « doublons » et de mutualiser les moyens matériels et humains des deux secteurs pour mieux les préserver.
- La communication et partage d'informations permet aux PS de découvrir des solutions d'aides à leur disposition mais qu'ils utilisent peu (Dispositif d'Appui à la Coordination = DAC, dispositifs territoriaux d'attractivité, ressources locales spécifiques, associations...)
- La participation de la CPTS aux échanges départementaux, régionaux et nationaux permet à ses PS de gagner en visibilité et de se sentir moins oubliés, délaissés, victimes d'un système voué davantage aux grandes villes qu'aux territoires ruraux et semi-ruraux.

Grâce au travail du groupe 2 :

- La CPTS est membre permanent de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de l'hôpital de Châteauroux et du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT),
- La CPTS siège au Conseil Territorial de Santé de l'Indre et au Conseil de Santé de l'agglomération,
- La CPTS a été co-fondatrice de l'association porteuse du DAC 36,
- De multiples chantiers sont en cours pour améliorer la communication ville/hôpital, les modalités d'entrées et de sorties d'hospitalisation des patients, le parcours de soins du sujet âgé, et faciliter ainsi le travail quotidien des médecins, infirmiers, pharmaciens...

⇒ **Axe 3 : Prendre soin des soignants** (voir parties 2 et 3)

⇒ **Axe 4 : Formation interprofessionnelle (FIP), convivialité, attractivité**

- Veiller à la qualité relationnelle, à l'attention à chacun, à la création de temps de détente fait partie des missions managériales d'une CPTS. La préservation de moments partagés en mono-pro ou pluri-pro, en lien ou non avec le travail, est paradoxalement stratégique en contexte de manque d'accès aux soins (16). La surcharge de travail les a souvent relégués en position secondaire, ce qui se révèle délétère à moyens et longs termes. Ils font partie des actions protectrices les plus fortes car génératrices d'émotions positives durablement mémorisées susceptibles d'être remobilisées pour traverser des périodes difficiles.
- Un secteur dans lequel est portée une attention au soignant dès son arrivée sur le territoire est forcément plus attractif. Chaque nouveau PS est systématiquement invité aux actions de convivialité et à celles concernant plus spécifiquement sa profession. En partenariat avec les autres acteurs territoriaux, la CPTS s'intéresse aux conditions matérielles pouvant faire obstacle au démarrage de son exercice. Les nouveaux arrivants sont souvent séduits par une dynamique porteuse d'actions collectives et innovantes dans lesquelles ils vont pouvoir plus facilement s'intégrer et se projeter.
- Le passage du format mono-pro au pluri-pro dans une part croissante des formations continues permet d'associer à la convivialité et à la connaissance de l'autre une réflexion sur l'exercice coordonné et la possibilité de résolution naturelle et spontanée de dysfonctionnements.
- L'organisation de formations et de moments conviviaux a aidé certains PS, en particulier les médecins, à se libérer de leurs habitudes vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Grâce au travail du groupe 4 :

- De multiples soirées de FIP ont été organisées, souvent très appréciées des PS et obtenant un bon taux de fréquentation.
- Les différents collèges mono-pro ont présenté aux autres PS leur cœur de métier, comment ils s'organisaient, quelles difficultés ils rencontraient au quotidien.
- Suite à la proposition de la CPTS, les CAMPS et CAMSEP du territoire ont accepté d'élaborer un programme de FIP commun.
- De multiples actions de convivialité ont été organisées pour les soignants, parfois accompagnés de leur famille : bowlings, laser-games, arbres de Noël avec concert et spectacles pour enfants utilisant les « ressources humaines » de la CPTS.
- Le rôle stratégique de la convivialité dans la CPTS a fait l'objet d'une communication en partenariat avec une association homologue du Cher sous la forme d'un atelier pendant le congrès national du CNGE en 2018.

- Et enfin, « cerise sur le gâteau », grâce au travail du groupe 4, conduisant à une meilleure connaissance et entente entre médecins, infirmiers, podologues et sages-femmes, la clé permettant d'accéder à la première MSP de Châteauroux a enfin été trouvée ! En quelques mois, le « projet de santé » a été écrit, soumis et validé. Les bulldozers devraient entrer en action en octobre 2020...

⇒ **Axe 5 : Partenariat avec les usagers de la santé**

- En prenant l'habitude de collaborer directement avec l'utilisateur de la santé pour mener des projets, les PS ont l'opportunité d'actualiser leurs valeurs et principes professionnels : l'intégration de la « perspective patient », « l'approche centrée patient » et la prise en compte des besoins du territoire. Ainsi, plutôt que de céder à une logique d'affrontement dans une situation de plus en plus tendue en termes d'accès aux soins, les PS et patients cherchent ensemble des solutions à des situations complexes posant à chacun des problèmes différents.
- Le travail en partenariat avec les patients permet à certains PS, en particulier les médecins, d'adopter une posture plus simple, et de sortir du cercle de l'entre-soi entretenant parfois des attitudes figées et défensives.
- La fréquentation des patients en tant que partenaires de travail est l'un des outils les plus puissants d'accroissement de la pertinence des soins, conduisant à l'amélioration de la satisfaction des usagers et par conséquent celle des PS par reconnaissance de la qualité de leur travail (17).

Grâce au travail du groupe 5 :

- Un groupe de patients-partenaires d'une CPTS a été formé pour la première fois en France, se réunissant régulièrement et travaillant sur différents projets.
- Les premiers groupes d'analyse de pratique associant des patients-enseignants, destinés aux étudiants de troisième cycle médecine générale, ont débuté en région CVDL en 2019 à Châteauroux, grâce à un partenariat entre la CPTS et la Faculté de médecine de Tours, son Doyen, son Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) ainsi que celui de Paris 13. Un programme préparatoire original destiné aux patients volontaires a été élaboré. Plusieurs thèses de médecine générale portant sur cette expérimentation sont en cours.
- Les patients-partenaires de la CPTS ont été identifiés par les différents acteurs du territoire et sollicités pour donner leur avis sur certaines problématiques.
- Plusieurs membres du groupe, suite à leur engagement au sein de la CPTS, ont rejoint une association de patients agréée et/ou un comité de représentants d'usagers (Hôpital, EHPAD)

⇒ **Axe 6 : Prévention**

Cette thématique majeure ne faisait pas partie de notre projet de santé initial. Bien que présente, mais répartie dans les actions d'autres groupes, elle n'avait pas été exprimée spontanément par les PS comme axe prioritaire.

Devenue figure imposée au niveau national pour accéder aux ACI, la formalisation de cette orientation dans notre CPTS est récente. Dans son développement, nous serons particulièrement vigilants au respect des motivations originales des PS. En effet, ces derniers ne pourront s'investir dans de nouvelles actions que s'ils sont persuadés de leur utilité pour leurs patients et si le sujet les intéresse et les mobilise. C'est pourquoi, tout en nous appuyant sur les données objectives du diagnostic territorial du Contrat Local de Santé, nous nous efforcerons d'accompagner les choix authentiques des PS vers la réalisation de projets réalistes dont la balance « bénéfice de l'investissement / risque d'épuisement » est positive.

Partie 5 : l'épreuve « Crise COVID-19 »

Le 5 mars 2020, lors d'une rencontre régionale prévue pour travailler sur le Service d'Accès aux Soins et finalement convertie en point de départ de la coordination inter-CPTS CVDL COVID-19, je me souviens avoir dit aux représentantes de la DG ARS venues nous consulter dans l'urgence : « Ce sera notre examen de passage. L'opportunité de savoir si la création des CPTS en France change la donne. A nous de répondre présent ».

Depuis, si le rôle et l'évolution des CPTS au cours de la crise du coronavirus ont donné lieu à quelques échanges et communications (18), il faudra encore attendre plusieurs mois pour lire les premiers résultats des études observationnelles et d'impact. Sans avoir souhaité en faire le sujet central de ce mémoire, il était en revanche difficile d'en faire totalement abstraction. Dans cette partie, nous traiterons de nouveau de soin et d'attention portés aux soignants, mais en nous intéressant aux actions qui se sont spécifiquement déroulées pendant la première vague de cette crise si particulière.

⇒ **Communiquer, d'abord :**

Par l'envoi de messages réguliers sur la situation du territoire et de toute information jugée utile, par la création d'une page web spéciale CPTS Châteauroux & Co – COVID-19, dans laquelle étaient mis à disposition tous les comptes-rendus et documents s'y rapportant (listes d'astreintes, planning Centre COVID, fiches-patients, fiches-soignants, correspondants, comptes-rendus de réunions...), par la rédaction régulière d'une newsletter, la CPTS a cherché à garder le contact avec le plus grand nombre de PS et rompre l'isolement professionnel. La crise a permis de créer de nouveaux groupes de

discussions mono-pro (ex : MK) et d'utiliser ceux qui préexistaient pour transmettre des informations rapidement évolutives (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers).

Les usagers ont été consultés par visioconférence pour connaître leur ressenti sur la conduite à adopter par les PS au moment du déconfinement.

⇒ **Protéger les acteurs de terrain :**

Grâce à la compétence et au dévouement de sa coordinatrice, à la solidarité des PS arrêtés pendant la première partie de la crise (MK, podologues, médecins de second recours...) et à la générosité de nombreux donateurs, la CPTS a sillonné le département courant mars pour récolter d'importantes quantités de masques FFP2 (certes souvent périmés !), visières 3D, gants, solution hydro-alcoolique. Elle a organisé 2 matinées par semaine une permanence de distribution gratuite de matériel à l'intention de l'ensemble des PS exposés de son secteur, adhérents ou non, pendant les 3 premiers mois de la crise. Cette initiative a connu un grand succès et était réalisée en coordination avec les pharmaciens de la CPTS. Tout le matériel complémentaire (surblouses, charlottes, lunettes de protection) nécessaire aux PS les plus à risque (médecins du Centre COVID, dentistes assurant les SNP, IDEL préleveurs) a été acquis par la CPTS grâce aux fonds versés à la suite de la signature des ACI, et partagé à l'ensemble des CPTS du département. Cette organisation a marqué positivement le territoire, si bien que l'ARS a doté l'inter CPTS 36 de milliers de masques FFP2. Les EHPAD du département de l'Indre ayant été très cruellement touchés, l'Inter CPTS 36 a décidé de léguer la moitié de sa dotation au personnel soignant des établissements concernés.

⇒ **Se coordonner et interagir :**

Grâce aux liens de confiance tissés avec ses différents partenaires durant trois ans, notre CPTS s'est trouvée au cœur de multiples instances de coordination au cours de la crise, que ces assemblées virtuelles soient réunies à son initiative ou celle des autres. Ces innombrables visio / téléconférences ont été à l'origine d'un véritable séisme dans l'emploi du temps des PS les plus impliqués, mais a permis l'indispensable transmission des informations nécessaires aux PS de terrain pour adapter et orienter leur conduite. En se trouvant en contact de façon hebdomadaire, bi-hebdomadaire, quotidienne voire pluri-quotidienne avec les responsables des services hospitaliers convertis en unités COVID, avec les urgences, le Centre 15, la réanimation, les cliniques, les EHPAD, les directions d'établissement, l'ARS, la Direction de la Prévention et du Développement Social (DPDS), la CPAM, le CTS, la Préfecture, les élus et les usagers, il a été possible de fixer quasiment au jour le jour les priorités. Les PS des différents secteurs, public ou libéral, hospitalier ou ambulatoire, ont cherché à

savoir comment ils pouvaient s'entraider et collaborer, quelles actions des uns favoriseraient celles des autres, quelles étaient les unités qui nécessitaient au plus vite du renfort. Les problèmes rencontrés (manque de moyens matériels et humains) n'ont pas tous pu être résolus par la coordination, mais celle-ci a permis le déploiement d'idées et la mobilisation de ressources qui, sinon, auraient fait défaut. Les pages collaboratives écrites dans ce contexte si particulier resteront sans doute les bases les plus solides de celles qui s'ouvrent aujourd'hui.

⇒ **Créer et innover :**

Grâce aux idées émergeant des instances de coordination et aux capacités créatives de leurs membres, la CPTS a été à l'origine de multiples réalisations pendant la crise :

- Création du centre COVID de consultations, puis de tests PCR dans le cadre d'un projet Ville-Hôpital et CPTS-Municipalité
- Organisation des sorties d'hospitalisation des patients touchés par la COVID en collaboration avec le DAC, la CPAM et l'Hôpital : Programme PRADO-COVID-19
- Utilisation d'un protocole d'actualisation des directives anticipées et d'évaluation collégiale du statut réanimatoire des patients âgés résidant en EHPAD, en collaboration avec l'Equipe d'Appui Départemental en Soins Palliatifs (EADSP), les médecins traitants, les médecins coordonnateurs, les équipes de soins, les patients et leur famille
- Ouverture par les chirurgiens-dentistes d'une permanence de SNP pendant toute la durée de la crise

Indéniablement, durant toute cette période, les actions des PS ont été bien davantage tournées vers les besoins de la population que vers les leurs, conduisant à dire que cette crise leur a donné l'occasion de renouer avec les motivations parfois lointaines de leur engagement professionnel. Mais les CPTS ont contribué à protéger leurs soignants en les inscrivant dans une coordination, une organisation, une fonction, et surtout une action pertinente et adaptée. Grâce à cette dynamique, ils ont pu se sentir pleinement impliqués dans la gestion de cette crise, à leur place, et en tirent pour la plupart une certaine satisfaction.

DISCUSSION :

A propos des ressources bibliographiques utilisées :

Il nous faut commencer par souligner la quasi inexistence de publications scientifiques concernant les CPTS. Le sujet est trop récent. Les travaux de recherche ont débuté, mais ne sont pas encore finalisés ou disponibles. Les premières thèses de médecine générale traitant des CPTS paraissent, mais ne portent pas sur le soin aux soignants.

Nous souhaitons citer trois ouvrages dont la lecture ces dernières années nous a particulièrement marqué et influencé à la fois dans nos actions et notre travail. Par ordre chronologique de parution :

- « L'engagement des patients au service du système de santé » d'Olivia Gross (19). Parce que désormais, tout agissement des PS pour améliorer leur fonctionnement est vain s'il ne s'appuie pas sur la perspective des usagers et sur un travail en partenariat avec eux. Ils sont notre boussole et nos garants de sens. Ils modèrent nos excès en tout genre. Ils comprennent que si nous nous occupons mieux de nous, nous nous occuperons mieux d'eux, et réciproquement.
- « Vers une médecine collaborative : politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France » de Nadège Vézinat (20). Ce livre reprend tout l'historique des mouvements et actions qui ont conduit une poignée d'acteurs à défendre le modèle collaboratif dans le monde ambulatoire de la santé. Certes, il s'arrête à l'aube des CPTS, mais il permet de comprendre sur quel socle l'approche territoriale a pu se développer pour tous ceux qui, comme nous, étions néophytes en soins coordonnés.
- « Les médecins ont aussi leurs maux à dire » sous la direction de Michèle Maury et Patrice Taourel (21). La présentation par le Pr Maury de son ouvrage lors de la « journée relais Promo 4 / Promo 5 » du DIU en novembre 2019 nous a donné l'envie de nous plonger dans sa lecture, et même si les problématiques décrites concernent surtout la communauté médicale et hospitalière, c'est un beau modèle qui appellerait un équivalent pour l'ambulatoire.

Ce travail permet-il de recueillir quelques indices sur l'impact des actions d'une CPTS sur la qualité de vie au travail et la santé des soignants ?

Nous nous situons dans le registre du témoignage personnel. Seul un travail de recherche quantitative ou qualitative aurait permis d'obtenir des informations précises sur le ressenti des adhérents de l'association sur cette question. Leur consultation au moyen d'une enquête, décrite dans le second récit, fait néanmoins apparaître la notion que les PS considèrent légitime l'idée qu'une CPTS puisse proposer des actions pour préserver leur santé. D'autres types de données pourraient également refléter

indirectement leur jugement sur l'impact positif des actions des CPTS sur eux-mêmes (même si d'autres facteurs interviennent) :

- Tout d'abord, à l'échelle du territoire, certains chiffres : le taux d'adhésion des professionnels, le nombre de participants aux réunions, le nombre de PS ayant rejoint des groupes de discussions...
- Ensuite, à l'échelle nationale, la dynamique CPTS : le nombre de CPTS créées ou en projet, leur stade d'évolution, leur représentativité...
- Et enfin le résultat des travaux issus des autres modes d'exercice coordonnés préexistants dans l'ambulatoire, en particulier les MSP et Centre de Santé.

Concernant le taux d'adhésion à une CPTS des PS d'un territoire, les chiffres nationaux ne sont pas encore disponibles, ils seront sans doute rendus publics par la CNAM un an après la signature des premiers ACI, c'est-à-dire ces prochains mois. En septembre 2020 en région CVDL, sur les douze CPTS « signées », ce taux s'échelonne de 21 à 76 %, avec une moyenne plus forte en zone rurale où les effectifs de PS sont plus faibles. La moyenne régionale rapportée au nombre d'habitants est de 27%, Châteauroux & Co se situant à 28 %.

Ces indicateurs sont d'évolution rapidement croissante, on peut penser que ça ne serait pas le cas si les PS considéraient le processus comme leur étant délétère.

Le cinquième récit sur la crise COVID-19 nous donne plusieurs exemples d'actions directement protectrices pour les soignants dont ils n'ont pas hésité à bénéficier : distribution gratuite de matériel de protection, prise en charge par des jeunes médecins remplaçants dans le Centre Covid de patients suspects dont le médecin présentait des facteurs de risque, création de groupes de discussion...

L'évolution du taux d'adhésion au niveau régional avant et après la crise est d'ailleurs de 63%.

Quels aspects des actions d'une CPTS semblent particulièrement bénéfiques aux yeux des soignants ?

Notre témoignage recoupe de multiples informations déjà observées au niveau régional et national, qui tiennent en trois axes essentiels :

- Les PS ont un impérieux besoin d'inaugurer leur démarche par l'expression de leurs besoins, de leurs difficultés, mais surtout de leurs inquiétudes vis-à-vis d'un processus de coordination, avant d'entrer dans une phase de construction fondée sur leurs propres analyses territoriales
- Comme les autres citoyens, ils souhaitent préserver leurs spécificités, conserver leurs réussites antérieures, valoriser leurs richesses et les intégrer dans un projet plus global plutôt que de se voir imposer un modèle standardisé diffusé par des voies descendantes

- Les PS ne comprennent l'intérêt des fonctions d'appui et de leurs acteurs qu'une fois dépassées leurs peurs d'être dépossédés de leurs missions par un réseau administratif qu'ils connaissent peu. Par la suite, ils savent reconnaître leurs bienfaits.

Souffrances de soignants et souffrances d'un territoire se rejoignent-elles ?

L'analyse thématique des cinq récits le laisse à penser. Le fait, par exemple, que collectivement les PS aient inscrit comme priorité n°1 « Accès aux soins » dans leur projet de santé est un indicateur fort. Il montre que malgré le surmenage professionnel, le lien PS / Usagers n'est pas rompu. Ce qui pose le plus de problème aux usagers reste la préoccupation principale des soignants dans un processus dépassant l'échelle de leur patientèle. En s'engageant dans cette voie, ils se créent les conditions d'un véritable « empowerment » : « Ce que je ne puis réaliser à mon niveau et qui est source de découragement, je peux m'y atteler parce que je ne suis plus seul ». Apparaît alors une nouvelle dimension dans leur univers professionnel : l'engagement territorial. La Santé Publique fait alors irruption dans un monde libéral un peu novice, mais motivé, dont la puissance d'action et de création soudain surprend, comme cela a pu se produire pendant la crise COVID-19.

L'engagement territorial du soignant correspond-il à un vrai travail ?

La réponse est dans la question. La crise sanitaire a fini de convaincre ceux qui en doutaient encore. Les 5, 10, 20 heures (ou plus) de travail territorial par semaine pour les plus investis se rajoutent à l'emploi du temps déjà surchargé d'un PS libéral. Dans ces conditions, même s'il procure au soignant un sentiment d'utilité, il deviendra inévitablement défavorable pour sa santé à moyen et long terme. Pour ceux dont l'investissement est plus modeste, en l'absence de reconnaissance de ces actions territoriales, on ne parlera pas forcément de dégradation de l'état de santé mais plutôt d'absence d'attractivité, voire d'effet repoussoir.

Quelles causes de souffrance du soignant du secteur ambulatoire apparaissent dans les récits ?

Les thèmes principaux retrouvés sont :

- ⇒ **La souffrance liée directement au cœur de métier** : souffrance compassionnelle (23), gestion de situations complexes, crainte de l'erreur... Si l'idée est exprimée de façon personnelle dans le récit 1 et motive l'action décrite dans le récit 3, elle n'émerge pas au niveau collectif. Ce constat rejoint celui des études récentes réalisées en secteur hospitalier ou en ambulatoire, montrant que ce n'est pas la relation de soin qui est génératrice de souffrance chez les soignants, mais plutôt son contexte actuel (24). Trois hypothèses peuvent alors être soulevées. Est-ce que la souffrance directement liée aux soins :

- N'est pas conscientisée par les soignants ?
 - Est éclipsée par les ressentis négatifs liés aux conditions d'exercice ?
 - Est moins présente, par émoussement émotionnel de soignants épuisés ?
- ⇒ **L'excès de travail** : cette thématique est largement exprimée, les soignants s'impliquant dans une CPTS se retrouvant finalement dans une situation paradoxale dans laquelle ils accentuent leur surmenage professionnel dans l'objectif de l'améliorer. L'espoir d'un mieux-être futur justifiant le mal-être présent est le seul sens que nous puissions donner au phénomène observé.
- ⇒ **La multiplicité des informations** : la méthode de travail en CPTS est une approche systémique dans laquelle de nombreux chantiers sont initiés simultanément, car tous interdépendants et faisant l'objet de fortes attentes, si bien que le nombre d'informations à traiter et transmettre aux PS est considérable. Cela peut occasionner une forme de surcharge cognitive et d'agression continue appelant au développement de stratégies communicationnelles pour limiter cet impact négatif. Ce thème est très présent en partie 4 et 5.
- ⇒ **La « souffrance territoriale »** : par leur préoccupation populationnelle, les PS découvrent une forme de relation avec leur bassin de vie qui pourrait se rapprocher de celle des élus de collectivités locales. Ce thème est exprimé dans la quasi-totalité des textes et semble assez nouveau. Si la grande enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a recherché les liens entre carence d'effectifs et souffrance médicale (25), il n'a pas encore été mis en évidence que le manque d'accès aux soins pouvait générer chez les soignants une sorte de souffrance compassionnelle collective génératrice d'anxiété, de culpabilité et de sentiment d'impuissance
- ⇒ **Les thématiques absentes** : sans réelle surprise, les problématiques managériales et de gestion des conflits, très présentes en secteur hospitalier, n'apparaissent pas. De même, l'objectif des CPTS étant d'amener le secteur ambulatoire à se transformer, nous aurions pu nous attendre à trouver, à l'instar du secteur hospitalier, des difficultés relationnelles entre les PS et l'administration, mais ce n'est pas le cas. Nous rapprochons cette observation de la démarche ascendante, centrée sur les soignants, qui caractérise la « méthodologie CPTS ».

Les PS plébiscitent les actions en faveur du soin aux soignants, mais ne les utilisent pas

Cela apparaît clairement lorsque l'on compare les résultats de l'enquête réalisée par le groupe « Prendre soin des soignants » et la faible utilisation du dispositif, en curatif ou préventif. Les raisons de ce décalage nous sembleraient particulièrement intéressantes à explorer, peut-être en interrogeant directement les intéressés. A titre personnel, nous soulevons quelques premières hypothèses. Les soignants :

- ⇒ Pensent qu'ils vont bien, mais que leurs collègues vont mal (déni)
- ⇒ Se rendent compte qu'ils ont besoin de soins, mais ne le priorisent pas
- ⇒ Sont coutumiers du « faites ce que je dis, mais pas ce que je fais » !

A propos de l'utilisation des différents types de soins proposés dans la CPTS

Lorsqu'un soignant du secteur ambulatoire présente des signes de souffrance psychique avérés l'information remonte aux PS du groupe 3 par des tiers. Lorsqu'il entre dans une démarche préventive, il le fait de sa propre initiative, et dans ce cadre, les actions psychocorporelles sont davantage sollicitées que les groupes de parole. La mise en place de séances suivies est possible, à partir d'un groupe volontaire et motivé. Un engagement moral est alors nécessaire pour fonctionner. A l'image des formations continues qui attirent souvent les PS les mieux formés, il semblerait, mais cela reste à démontrer, que les soignants s'inscrivant dans une démarche préventive sont ceux qui y sont déjà sensibilisés et familiarisés. Concernant nos expérimentations, il reste donc à savoir si le processus est reproductible sur de nouveaux groupes, orientation vers laquelle nous souhaiterions nous engager.

Et maintenant, vers quelles perspectives notre exercice narratif et analytique nous conduit-il ?

L'objectif de notre travail était de décrire, d'apporter des informations, mais nous avons pu constater qu'assez naturellement, l'explicitation et l'analyse des récits avait favorisé cette prise de distance nécessaire à tout cheminement, notre « RSCA » avait porté ses fruits et nous donnait accès à une vision nouvelle du « Prendre soin des soignants » dans notre CPTS. Ces réflexions, nous allons pouvoir les partager avec nos collègues soignants du secteur ambulatoire et hospitalier de notre territoire.

⇒ Il nous faut repartir dans la croisade du « Aller vers »

Au sein de notre groupe dédié au soin aux soignants, un premier temps était sans doute nécessaire pour se connaître, pour recueillir des informations, pour comprendre, pour expérimenter. Il nous faut désormais débiter le second acte, trouver le moyen de sensibiliser le plus grand nombre pour espérer toucher les soignants se mettant le plus en danger. On ne peut rien contre le déni. Est-ce vraiment exact? Au cours d'une des sessions d'enseignement, a émergé du groupe de notre DIU l'idée de conseil minimal, pour les soignants en surmenage qui se situeraient au stade « pré-contemplatif » du cercle de Prochawska (26). Pourquoi pas ? Nous avons aussi travaillé, dans le domaine de la sensibilisation, sur l'importance des outils de communication, pas n'importe lesquels, pas n'importe comment, mais également sur cette posture d'écoute bien particulière que requiert l'abordable du PS en souffrance. Ce mouvement vers l'autre nous attend donc, par des actions communes ou non avec le secteur hospitalier, la mutualisation des forces étant toujours à rechercher dans des territoires comme le nôtre. La question

de la prise en charge des soins non remboursés, qui n'avait pas été résolue dans notre groupe de travail, semble devoir être réinterrogée au vu du faible nombre de sollicitations. La santé des soignants constituant un enjeu de santé publique fort, financer les premiers soins psychologiques d'un PS en grande détresse faciliterait probablement sa démarche en phase initiale. Concernant l'approche préventive, l'instauration d'un temps thérapeutique régulier entre soignants volontaires, grâce à l'engagement moral unissant le groupe, à l'image de certains programmes diététiques, pourrait aider ces derniers à maintenir leurs « bonnes résolutions » de garder une fenêtre régulière de soin pour eux-mêmes. Que ce temps s'inscrive habituellement et durablement dans l'emploi du temps du soignant serait l'objectif ultime du processus.

⇒ **La reconnaissance de l'engagement du PS pour améliorer son système de soin comme temps de travail à part entière**

Maintenir dans la durée le paradoxe du soignant qui s'épuise à ce que les soignants s'épuisent moins est un jeu dangereux. Cette réflexion rejoint inmanquablement celle sur les modes de rémunérations du secteur ambulatoire. Le Ségur de la Santé, même s'il s'est avant tout consacré au secteur hospitalier, a eu au moins eu l'avantage de montrer au secteur libéral la voie de la transparence en termes de rémunérations des PS. Si nous souhaitons sortir les CPTS de l'image décrite par le rapport de l'IGAS (27) c'est-à-dire une organisation portée par un PS leader charismatique voire illuminé et une coordinatrice pragmatique et efficace, caricature certes, mais indéniable réalité, et si nous en attendons une réelle transformation du système de santé, il va nous falloir changer de fonctionnement. Sans une redéfinition des modes de rémunérations, les leaders vont s'épuiser, les engagements resteront minoritaires, le soufflé va retomber. Tant que le système de santé français en sera au stade de désorganisation dans lequel il se trouve actuellement, prendre la responsabilité d'animer une CPTS représentera une charge de travail importante, d'au moins un à deux jours par semaine en fonction de la taille de la structure. Si l'on souhaite que le processus perdure, il est nécessaire de limiter le décalage entre la nécessaire rémunération de cette fonction professionnelle et celle du temps de soins, ce qui en vient à s'intéresser à cette dernière. A son sujet, nous rejoignons les conclusions de notre jeune confrère qui, dans sa thèse récente de médecine générale (28), met en évidence la réticence de la majorité des médecins traitants aux nouveaux modes de rémunération (NMR) de types forfaitaires et leur attachement fort à la tarification à l'acte. Celle-ci semble pourtant avoir le triple inconvénient d'encourager les PS à multiplier les heures de travail, à travailler plus vite donc moins bien et de façon plus stressante, et enfin de rendre l'indemnisation de temps de travail « autre que le soin » (coordination, mais aussi enseignement) dérisoire comparativement aux honoraires d'actes effectués

dans le même laps de temps. Le système libéral implique que, contrairement aux salariés (bien que cela soit à nuancer), les PS ne rencontrent aucune limite les protégeant de leur workaholisme, que ce dernier soit entretenu par une réelle dépendance au travail ou à sa reconnaissance financière. En résumé, nous pourrions dire que l'ensemble de nos observations nous incite à penser que le mode de rémunération actuel des PS du secteur ambulatoire est délétère pour leur santé d'une part, mais également défavorable aux équilibres nécessaires au bon fonctionnement de notre système de soin, y compris dans le lien ville-hôpital. En entrant dans une démarche de transparence, il deviendrait beaucoup plus aisé pour les PS libéraux d'aborder collectivement la valeur du temps consacré à ces nouvelles fonctions, ce qui les encouragerait non pas à additionner les heures de travail mais à les substituer, de façon à normaliser leurs emplois du temps et rester bons soignants.

⇒ **Porter collectivement des enjeux collectifs**

Afin de consolider un processus qui semble en capacité de faire évoluer notre système de soin, il devient nécessaire que puissent se répartir de façon plus harmonieuse les investissements des PS au sein des CPTS et s'aplanir l'histogramme des heures de travail effectuées par chacun. La mise en place d'indemnisations équilibrées pour les adhérents s'impliquant dans les actions retenues collectivement par l'association découle de la même réflexion, et rentre progressivement dans la logique des ACI. Inscrire la coordination et l'engagement territorial dans les heures de travail de tout soignant aidera à sortir du schéma de l'association portée par une poignée d'atypiques, et permettra surtout de gagner en puissance d'action. Ainsi, en repositionnant ce temps professionnel en journée de semaine, et non en soirée ou le week-end, il deviendra possible de multiplier les axes de prévention, de trouver enfin un terrain de rencontre avec l'ensemble des acteurs salariés (secteur hospitalier, médico-social et social), de répondre aux attentes des usagers en prenant le temps de l'échange et du dialogue et de transmettre aux futurs professionnels le goût d'une pratique de qualité agréable à exercer.

CONCLUSION :

Nous venons d'apporter notre témoignage, celui de trois ans de vécu d'un nouveau spécimen de professionnel de santé en France : le soignant territorial. Nous avons tenté de sélectionner les informations susceptibles d'intéresser celles et ceux qui souhaiteraient accorder une place pour le soin aux soignants dans leur CPTS. Le processus n'en est qu'à ses premiers pas dans l'ambulatoire, tout est à construire, tout est à trouver. Le « prendre soin de nous » entre professionnels de santé est encore en sommeil dans l'inconscient collectif soignant, mais il semble apparaître. Nous formons le vœu qu'il grandisse, se développe, murisse. Nous espérons qu'à l'avenir de valeureux étudiants et d'habiles chercheurs se passionneront pour cette thématique enthousiasmante et exploreront avec rigueur, détermination et courage les nombreuses questions qui émergent déjà à son sujet dans cette vaste et vierge étendue territoriale de santé.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1 – Le Borgne C. Les dessous des CPTS racontés par leur fondateur. Egora news. 2018. [En ligne] [Consulté le 08/10/2020]. Disponible sur : <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2018/10/10/les-dessous-des-cpts-racontes-par-leur-fondateur/>
- 2- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) n°0022. 27 janvier 2016. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641?r=ZtcaoiMya6>
- 3- OCDE. Panorama de la santé 2019 : les indicateurs de la santé 2019. La France : comment se compare-t-elle ? 2019. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : <https://www.oecd.org/france/health-at-a-glance-france-FR.pdf>
- 4- Lachman H, Larose C, Pénicaud M. Bien-être et efficacité au travail. Rapport pour le premier ministre. Paris, La Documentation française, 2010. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/02-17_Rapport_Bien-etre_et_efficacite_au_travail--2.pdf
- 5-URPS Centre Médecins Libéraux. Fédération des URPS Centre - Val de Loire : nouveau mandat au service de 10 professions de santé. Mars 2016. [En ligne]. [Consulté le 4/10/2020]. Disponible sur : <http://www.urpsml-centre.org/index.php/nos-actualites/189-federation-des-urps-centre-val-de-loire-nouveau-mandat-au-service-de-10-professions-de-sante>
- 6- Fédération URPS Centre -Val de Loire. Vous avez un projet de CPTS : les étapes du projet. 2019 [en ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible sur : <https://www.cpts-centrevaldeloire.fr/vous-avez-un-projet-de-cpts/les-etapes-du-projet>
- 7- Fédération nationale des CPTS. Cartographie des CPTS. 2020 [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible sur : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-des-cpts/>
- 8- Duplay C. Vécu d'une personne âgée et de son entourage dans une situation de maintien au domicile complexe [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France ; Université de Strasbourg, 2017.

9- Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038954739/>

10- Taha A. RSCA : récit de situation complexe authentique : de l'idée à la réalisation. Saint-Cloud : CNGE Production, Global Média Santé, 2018. 120 p.

11- DREES. 10 000 médecins de plus depuis 2012 » Etudes et résultats n°1061, mai 2018. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf

12- Code de la Santé Publique. Article L4121-2. Chapitre 1^{er} : Ordre national. 2017. [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036515550/2018-01-19/>

13- CNOM. Entraide : un numéro vert gratuit pour les médecins en difficultés. 2018. [En ligne]. [Consulté le 04/10/2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/entraide-numero-vert-gratuit-medecins-difficulte>

14- Le Menn J. L'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public : 57 propositions pour donner envie aux jeunes médecins d'exercer à l'hôpital public et à leurs aînés d'y rester. Rapport pour la Fédération Hospitalière de France. 2015. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000771.pdf>

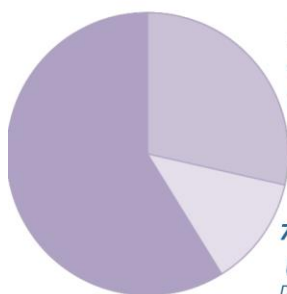
15- Ministère des Solidarités et de la Santé : Observatoire national de la qualité de vie au travail : premier bilan un an et demi après son installation. Communiqué de presse. 5 décembre 2019 [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-premier-bilan-un-an-et>

- 16- Didier F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
- 17- HAS. Patients et soignants, vers un nécessaire partenariat. 2016. [En ligne]. [Consulté le 20/09/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974297/en/patients-et-soignants-vers-un-necessaire-partenariat
- 18- Sénat. Compte-rendu du CE évaluation politiques publiques face aux pandémies. Table ronde avec les professionnels de santé libéraux d'Ile-de-France. Paris, 15 juillet 2020. [En ligne]. [Consulté le 20/09/2020]. Disponible sur : https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20200713/ce_covid_19.html
- 19- Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Montrouge : Doin - John Libbey Eurotext, 2017. 156 p.
- 20- Vézinat N. Vers une médecine collaborative : politiques des maisons de santé pluriprofessionnelles en France. Paris : Presses Universitaires de France, 2019. 231 p.
- 21- Maury M, Taourel P (sous la direction de). Les médecins ont aussi leurs maux à dire. Toulouse : Erès, 2019. 251 p.
- 22- France Asso Santé Pays de la Loire. Ségur de la Santé – Contribution France Assos Santé Pays de la Loire Pilier 4 - "Fédérer les acteurs de santé dans les territoires au service des usagers". Juin 2020. [En ligne]. [Consulté le 27/09/2020]. Disponible sur : https://paysdelaloire.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/19/2020/06/Contribution-FAS-PDL_Federer-les-acteurs.pdf
- 23- Neiderberger M. Fatigue de compassion des soignants [Mémoire de fin de DIU Soigner les soignants]. Paris, Université Toulouse 3, Paris 7, 2019.

- 24- Ramoz Da Cruz M. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes : une analyse quantitative du phénomène [Thèse d'exercice]. Grenoble, 2014. Université de Grenoble.
- 25- Conseil National de l'Ordre des Médecins. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique : du diagnostic aux propositions. Paris, 2018. [En ligne]. [Consulté le 20/09/2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
- 26- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.
- 27- Fauchier-Magnan E, Wallon V. Rapport N°2018- 041R. Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, 2018. 88 p. [En ligne]. [Consulté le 20/09/2020]. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R .pdf>
- 28- Dehestru A. Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution : enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018 [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France. Université de Strasbourg ; 2018. Disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/These DEHESTRU Alexandre remuneration R.pdf

ANNEXES:

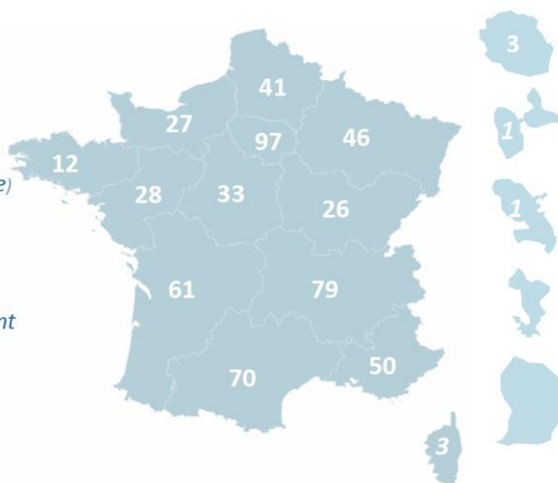
Annexe 1 :



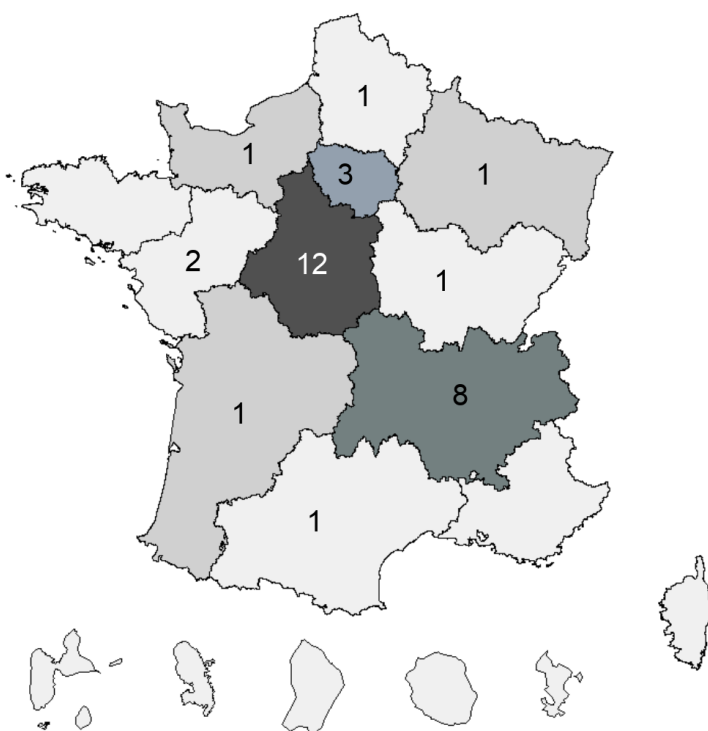
166 projets en phase
d'amorçage
(lettre d'intention validée)

73 CPTS en fonctionnement
(projet de santé validé)
Dont 31 CPTS ayant signé l'ACI

339 en projet
(projets identifiés mais non formalisés,
sans soutien financier à ce stade)



Population couverte par les CPTS
en fonctionnement : > 6 M hab



Au 15 septembre 2020 :

- 31 contrats ACI signés
- 2,9 millions d'habitants couverts par une CPTS conventionnée

Annexe 2 :

GROUPE DE TRAVAIL 3 : PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS

IDENTIFIER LES ATTENTES

Chers amis professionnels de santé,

Peut-être avez-vous entendu parler de la création actuelle de structures destinées à améliorer notre système de soin dans le secteur libéral et à un niveau local : ce sont les **CPTS** (Communauté Professionnelle de Territoire de Santé).

Ce sont des **sacs vides qu'il nous appartient de remplir** des actions que nous souhaitons réaliser dans l'intérêt des patients et des professionnels de santé.

Les initiateurs du projet dans le secteur de garde S1, qui correspond globalement à la communauté de commune de la région castelroussine, ont déterminé 5 axes de travail, l'un d'entre eux s'intitulant : **Prendre soin des soignants**.

Nous sommes nombreux à considérer que d'une façon générale, au vu de nos conditions de travail actuelles, nos collègues et nous-mêmes n'allons pas très bien. **Notre statut particulier de professionnel de santé libéral implique certains fonctionnements spécifiques aboutissant à des souffrances spécifiques**, et il est bien connu que nous ne prenons pas suffisamment soin de nous.

Ce constat nous a amené à envisager la création d'un **lieu de soin spécialement dédié aux 10 professions de santé libérales du secteur S1**, dont vous faites partie.

Afin d'adapter les propositions d'aides et de soins au plus près de vos attentes ou besoins, nous vous proposons de nous retourner ce **rapide questionnaire que nous souhaitons strictement anonyme**, c'est pourquoi il ne vous est rien demandé de vos caractéristiques habituelles.

Nous espérons que ce projet, fait dans l'intérêt de tous, retiendra votre attention, et **surtout n'hésitez pas à vous manifester si vous souhaitiez nous rejoindre pour faire vivre notre CPTS !**

Nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir le questionnaire dans les quinze jours suivant sa réception par voie postale au 65 rue Montaigne, 36 000 Châteauroux ou à le déposer lors de **l'AG et la présentation de la CPTS « Châteauroux and Co »** qui a lieu **le 10 avril** à l'IFSI de Châteauroux à partir de 20h.

Pour rappel, vous pouvez confirmer votre présence à l'AG au 06.72.28.82.20 ou à l'adresse mail : cptschateaurouxandco@gmail.com

Bien amicalement à tous,

Le groupe de travail 3 « Prendre soin des soignants » .

QUESTIONNAIRE SUR LES BESOINS ET DEMANDES :

1) Trouvez-vous que l'idée de créer localement un lieu d'aide et de soins dédié aux professionnels de santé soit bonne ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

2) Si vous ressentiez le besoin d'une aide, d'un moment de bien-être ou d'un soin, l'envisageriez-vous plutôt sous quelle forme (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Travail individuel de parole (psychothérapie individuelle de soutien)
- ☐ Groupe de parole
- ☐ Relaxation – sophrologie
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Massage
- ☐ Autres types de soins :

3) Si vous ressentiez le besoin d'une aide, d'un moment de bien-être ou d'un soin, l'envisageriez-vous plutôt sous un mode (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Individuel
- ☐ En binôme
- ☐ Par petit groupe (≤ 6)
- ☐ Par grand groupe (≥ 6)
- ☐ Entre collègues de la même profession
- ☐ En multi-professionnel

4) Vous considérez-vous susceptible de bénéficier de ce lieu ressource ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

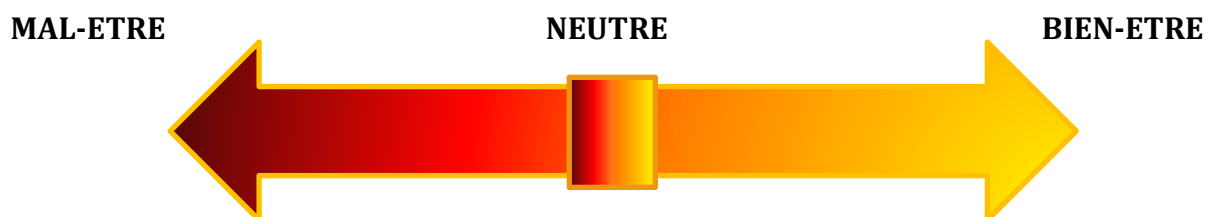
DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

5) Quelles tranches horaires et jours vous paraissent les plus favorables pour bénéficier d'un soin, d'une aide ou d'un échange? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ 8-10h
- ☐ 10-12h
- ☐ 12-14h
- ☐ 14-16h
- ☐ 16-18h
- ☐ 18-20h
- ☐ 20-22h
- ☐ En semaine
- ☐ Le samedi
- ☐ Le dimanche

6) Quels conseils souhaiteriez-vous nous donner pour mener à bien ce projet, quelles idées souhaiteriez-vous nous faire partager ?

7) Comment vous situez-vous sur cette échelle de bien-être



Annexe 3 :

PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS

DÉVELOPPEMENT DE LA CULTURE
DU PRENDRE SOIN DE SOI
COMME PARTIE INTÉGRANTE DE
SON TRAVAIL

LUTTER CONTRE L'ÉPUISEMENT
ET L'ISOLEMENT
PROFESSIONNEL

BIEN ÊTRE POUR BIEN FAIRE



EDITO

Il s'agit de l'une des cinq grandes actions que les professionnels de santé de la CPTS CHATEAUROUX & CO ont choisi de développer.

Aujourd'hui, de nombreux indices tendent à démontrer que certains d'entre nous sont en difficulté psychique, voire en grande souffrance.

Notre objectif est de proposer à ceux qui en ont besoin une aide rapide, et surtout de promouvoir dans le monde des soignants une véritable culture du « prendre soin de soi », par les voies qui semblent les plus appropriées à chacun.

Ainsi, nous vous proposons trois niveaux de prise en charge :

- Des **numéros d'urgence disponibles 24/24h** en cas de détresse morale aiguë .
- En cas de **difficulté ou souffrance psychique** devenant de plus en plus présente, **une prise en charge personnalisée dans un délai rapide**, de quelques jours à quelques semaines selon la situation.
- En **prévention ou en cas de difficultés modérées**, l'ensemble des **ateliers collectifs**, très variés que vous trouverez dans les pages suivantes.

Nous espérons que cette démarche que nous souhaitons solidaire, sans aucun jugement, et bienveillante envers chacun, nous permettra ensemble de regagner un mieux-être et un enthousiasme dont les bénéficiaires seront tout autant les patients que les soignants.