



Master MAE
Management des organisations de santé et médico-sociales

Promotion 2021-2022

***Dynamiques de collaborations
interprofessionnelles***

et

bien-être au travail

Le cas de deux maisons de santé pluriprofessionnelles

Mémoire présenté par : Anne-Elisabeth BURY
Septembre 2022

Directrice de mémoire : Caroline MERDINGER

« Plus tu diffères de moi frère, loin de me léser tu m'enrichis »

Antoine de Saint Exupéry

Remerciements

Ce travail de mémoire est le fruit d'une année de formation en master 2 MOS, réalisée au sein de l'EM de Strasbourg. Une année riche de rencontres qui a plus que sustenté mon goût de l'altérité, le goût de celui et de ce qui est autre ; cette différence qui nous enrichit, interroge nos certitudes et participe à l'intelligence collective. Ainsi, je remercie l'équipe pédagogique (enseignants-chercheurs et professionnels) ainsi que mes compagnons Mossiens (team Dauphin).

Ce projet de formation n'aurait pu aboutir sans l'aide de Soline Chaumard, ni le soutien de mon employeur et mes collaborateurs et collègues.

Je salue l'audace de Caroline Merdinger, responsable du MOS et directrice de ce mémoire, pour m'avoir embarquée dans cette folle aventure ; je tiens également à la remercier pour la qualité et le dynamisme de ses interventions ainsi que sa disponibilité.

J'exprime toute ma reconnaissance à ceux qui m'ont ouvert la porte de leurs univers professionnels et octroyé un temps précieux pour participer à l'enquête, qui a contribué à l'aboutissement de ce travail.

Je souhaite rendre hommage à l'engagement et ainsi qu'au savoir « travailler ensemble » de mes compagnons humanitaires de Médecins Sans Frontières.

Je n'aurais pu vivre une telle année sans l'accompagnement et la patience, de mes proches, ma famille : Marthe, Frédéric, Régis et mes nièces ; ainsi que mes amis : Hélène, Marieke, Pépette, Coco, les Chouquettes, Dab, Carine, Chou Oui, Christophe, Clara, Caro, Mag', Lara.

Enfin, je tiens aussi à adresser un remerciement particulier à Padawan et Marieke, pour leurs conseils judicieux, leurs regards critiques et leur constante bienveillance.

A toi, Claude, qui ne lira jamais ces lignes, celles-ci te sont dédiées.

GLOSSAIRE

- ABC** : Activity Based Costing
- ACI** : Accord Conventionnel Interprofessionnel
- AME** : Aide Médicale d'Etat
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
- CSS** : La Complémentaire Santé Solidaire
- DAC** : dispositif d'appui à la coordination
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHESP** : École des Hautes Etudes en Santé Publique
- ENMR** : Expérimentations de Nouveaux Modes de Rémunération
- HPST** : Loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- ISNAR-IMG** : L'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- MSP** : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
- NMR** : Nouveaux Modes de Rémunération
- NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PRS** : Plan Régional de Santé
- ROSP** : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique.
- SISA** : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- SLAC** : Sens Lien Activité Confort
- TDABC** : Time Driven Activity Based Costing
- VICA** : Volatile, Incertain, Complexe et Ambigu
- WHO** : World Health Organization

Table des matières

INTRODUCTION	1
1 LES ELEMENTS DU CONTEXTE	4
1.1 Evolutions démographiques en France : accroissement et vieillissement de la population	4
1.2 Raréfaction de l'offre face à la majoration des besoins en santé	5
1.3 Les maisons de santé pluriprofessionnelles	6
1.3.1 Qu'est-ce qu'une MSP ?	6
1.3.2 Le cadre juridique de l'émergence des MSP	7
1.3.3 L'attractivité des MSP dans un contexte de pénurie médicale.	8
2 REVUE DE LITTERATURE	9
2.1 Vers une conceptualisation de la collaboration interprofessionnelle et de ses dynamiques	9
2.1.1 Collaboration ou coopération ?	9
2.1.2 Qu'est-ce que la collaboration ?	10
2.1.3 L'interprofessionnalité	11
2.1.4 La collaboration interprofessionnelle	12
2.2 Les dynamiques de la collaboration interprofessionnelle	12
2.2.1 Les deux dimensions interpersonnelles de D'Amour <i>et al.</i>	14
2.2.1.1 La finalisation : « Shared Goals and Vision »	14
2.2.1.2 L'Internalisation.	14
2.2.2 Les deux dimensions organisationnelles de D'Amour <i>et al.</i>	14
2.2.2.1 La formalisation	15
2.2.2.2 La délégation de la régulation	15
2.3 La modélisation des conditions de bien-être au travail	16
2.3.1 Le sens du travail : la construction du sens, composante essentielle du bien-être	16
2.3.2 Le lien au travail : « le lien vaut mieux que le bien » (Marcel Mauss, 1924)	16
2.3.3 L'activité	17
2.3.4 Le confort	17
3 PRESENTATION DE LA RECHERCHE	18
3.1 Méthodologie de l'étude	18
3.1.1 Généralités	18
3.1.2 Choix des terrains	19
3.1.3 Choix de la population interviewée	20
3.1.4 Réalisation des entretiens et traitement des données	20
3.1.5 Les limites et les biais de l'analyse	21
3.2 Résultats de l'étude et analyse	21
3.2.1 L'analyse des résultats sous l'angle des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle	21
3.2.1.1 Facteurs relationnels : Une vision commune centrée sur le patient	22
3.2.1.2 L'Internalisation	23
3.2.1.3 Les outils de formalisation de la dimension organisationnelle	23
3.2.1.4 La gouvernance de la dimension organisationnelle	25
3.2.1.5 Les facteurs externes	26
3.2.2 Les freins à la dynamique de collaboration	27
3.2.2.1 La gestion administrative et le risque financier	27

3.2.2.2	Des freins liés aux cultures professionnelles	28
3.2.2.3	Les opportunistes du pluriprofessionnel	28
3.2.3	L'analyse du bien-être au travail	29
3.2.3.1	Le lien	29
3.2.3.2	Le confort : les conditions de travail	30
3.2.3.3	L'activité et le sens	32
3.2.4	La coordination	35
4	DISCUSSION	36
4.1	Premiers constats	36
4.2	Les politiques favorables à la l'essor des MSP et à la qualité de vie au travail	38
4.3	Bâtir l'interprofessionnalité.	39
4.4	Une nécessaire coordination	42
4.5	Les apports de la recherche	44
4.6	Les préconisations managériales	45
4.6.1	La communication	45
4.6.2	Gouvernance collégiale et pilotage souple	46
4.6.3	Les outils d'aide à la décision	46
4.6.4	Soutenir l'apprentissage de l'interprofessionnalité	48
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	52

Table des matières des annexes

ANNEXE I. NOMBRE DE MSP EN FONCTIONNEMENT EN FRANCE	1
ANNEXE II. ENQUETE « ET MAINTENANT ? »	2
ANNEXE III. ENQUETE « ET MAINTENANT ? »	2
ANNEXE IV. EVOLUTION DE LA POPULATION TOTALE EN FRANCE DE 1982 A 2022	3
ANNEXE V. STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION PROJETEE DU GRAND EST EN 2013, 2018 ET 2027	3
ANNEXE VI. PART DES PERSONNES DECLARANT UNE MALADIE OU UN PROBLEME DE SANTE CHRONIQUE OU DURABLE SELON LE SEXE ET L'AGE EN 2017	4
ANNEXE VII. EVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE DEPUIS 2010	4
ANNEXE VIII. PREVISION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE JUSQU'EN 2025	5
ANNEXE IX. PROJECTIONS 2016 A 2030 DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES GRAND EST	5
ANNEXE X. PART DES FEMMES DANS LES DIFFERENTS MODES D'ACTIVITE EN MEDECINE GENERALE	6
ANNEXE XI. MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FONCTIONNEMENT AU 30/06/20216	6
ANNEXE XII. EVOLUTION DE LA DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES DANS LES ESPACES PERIURBAINS	7
ANNEXE XIII. LES VARIABLES D'ANALYSE DE LA COLLABORATION DE D'AMOUR	8
ANNEXE XIV. GRILLE D'ANALYSE DES THEMATIQUES DU BIEN ETRE SELON D'ABORD DE CHATILLON	9
ANNEXE XV. TABLEAU DE SYNTHESE DES CARACTERISTIQUES DES DEUX MSP ETUDIÉES	10
ANNEXES XVI. GRILLES D'ANALYSE DU MATERIAU EMPIRIQUE	13
ANNEXE XVII. RELATIONAL COORDINATION MODEL (GITTELL, 2016)	23
ANNEXE XVIII. GRILLE DE MATURITE DE LA HAS	24
ANNEXE XIX. LE MODELE DE SHORTELL	25

INTRODUCTION

« La majeure partie des médecins ne veulent plus être isolés et veulent travailler comme vous. [...] Il existe des perles et de l'innovation dans [les maisons de santé pluriprofessionnelles]¹ »

L'accessibilité, la continuité et la qualité des soins de premier recours, enjeux majeurs de la performance du système de santé, sont au cœur des préoccupations des politiques. En France, les dispositifs de soins primaires répondaient jusqu'alors insuffisamment aux attentes des pouvoirs publics et des professionnels de santé, dans la mesure où l'offre est à la fois « abondante, dispersée et inégalement répartie sur le territoire» (Bataillon, 2018, p.41). À ce constat s'ajoute une autre difficulté majeure, celle de la crise démographique des professionnels de santé. En effet, plus de 135 000 professionnels de santé manquent à l'appel en France², ce qui signifie que plus de la moitié des besoins en ressources humaines ne sont pas satisfaits³.

Dans ce contexte ont émergé de nouvelles organisations des soins, se voulant décloisonnées et mieux coordonnées afin de répondre à ces problématiques et aux enjeux récents de la transition épidémiologique et démographique : augmentation de la population, allongement de l'espérance de vie, recrudescence des maladies chroniques et des polyopathologies, qui induisent des parcours de soins plus longs et plus complexes.

Parmi ces éléments de réponse figurent les maisons de santé pluriprofessionnelles, maillons du premier niveau de soin créés en 2007 par la loi de financement de la sécurité sociale. Ces dispositifs proposent un mode d'exercice collectif et coordonné, conçu pour maintenir une offre de soins de proximité suffisante, pour favoriser une qualité et des conditions d'exercice attractives ainsi que pour améliorer les pratiques et la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses de santé publique.

1 Allocution de Brigitte Bourguignon lors d'une visite de MSP- [Lutter contre les déserts médicaux, priorité de Brigitte Bourguignon, nouvelle ministre de la Santé \(ouest-france.fr\)](#) - Consulté le 08/06/2022

2 <https://www.ladepeche.fr/2022/01/28/penurie-de-main-doeuvre-dans-le-medical-plus-de-135-000-professionnels-manquent-a-lappel-10074259.php> - source Pôle Emploi- Consulté le 26/05/2022

3 <https://unric.org/fr/la-pandemie-de-covid-19-accentue-la-penurie-en-personnel-de-sante/> Consulté le 26/05/2022

Comme l'a rappelé l'OMS en mai 2022, lors de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé⁴, la nécessaire restructuration de l'offre de soins primaires, implique également pour les professionnels de s'engager dans des logiques collaboratives. Un rapport du Sénat français sur les collaborations entre professionnels de santé, engagées sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST de 2009, indique que ces pratiques contribuent à « valoriser l'ensemble des professions de santé tout en améliorant la qualité des soins »⁵.

La stratégie politique « Ma santé 2022 », qui vise à « faire de l'exercice isolé de la médecine une exception » ambitionnait un doublement du nombre des maisons de santé pluriprofessionnelles, soit 2000 à l'horizon 2022. De quelques dizaines en 2006, on comptait 2018 maisons de santé ouvertes au 31 décembre 2021, soit 984 de plus qu'en 2017, le pari est tenu (cf. annexe I). L'exercice en maison de santé représente près de 20% de l'offre de soins de premier recours en France. L'essor de ces structures atteste à la fois d'une évolution des besoins en matière de santé et des aspirations des professionnels de santé à exercer leur métier différemment.

La crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 a mis en exergue de nouvelles tendances et attentes sociétales, et notamment l'émergence d'une demande de travail plus collectif qui s'impose aux organisations en général (Frimousse, 2020) ; ces éléments coïncident avec la loi Pacte⁶, promulguée en 2019, qui appelle les organisations à intégrer dans leur stratégie les nouveaux enjeux sociaux et environnementaux et ainsi donner du sens à l'action collective. En effet, la pandémie a revalorisé le rôle des acteurs de proximité (hôtesse de caisse, éboueurs, soignants, etc.) et accéléré l'expérimentation de nouvelles pratiques organisationnelles en termes d'engagement collectif et individuel (*Ibid.*). Des études récentes, révèlent également l'effet catalyseur de la crise sanitaire sur les évolutions des aspirations en termes d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle et d'une quête de sens au travail accru. Les résultats d'une enquête menée en 2020⁷, indiquent que 83% des professionnels interrogés attendent de leur organisation qu'elle soutienne des causes d'intérêt général, 85% qu'elle leur permette de se sentir utile aux autres, 90% de donner un sens à leur travail et près de 78% souhaitent accorder plus de temps à leur vie personnelle

4 Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (who.int) - Site consulté le 06/06/2022

5 Rapport d'information n° 318 (2013-2014) de Mme Catherine Génisson et M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, 28 janvier 2014. Page 87.

6 <https://www.economie.gouv.fr/loi-pacte-croissance-transformation-entreprises>. Site consulté le 08/08/2022

7 <https://www.cesi.fr/communiqués/sondage-ipsos-cesi-14e-vague-de-l'observatoire-social-de-l'entreprise/> . Site consulté le 05/04/2022

et familiale. Le constat de l'enquête sociologique « Et maintenant ? »⁸ menée en 2021 est également sans équivoque : la possibilité de s'épanouir, la capacité d'entreprendre dans son activité professionnelle et d'y trouver du sens siègent au sommet des aspirations des français (cf. annexes II et III).

En suspendant les routines de travail, la crise sanitaire a également agi comme un révélateur de l'action collective des dispositifs de santé primaire sur le territoire (Fournier *et al.*, 2021). Dans le champ sanitaire, de nouvelles modalités d'action collaboratives viennent en réponse à la stratégie politique de restructuration de l'offre, et semblent correspondre aux nouvelles attentes des professionnels. Les jeunes générations de médecins généralistes souhaitent également tendre vers un plus juste équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. De plus, en période post-crise sanitaire, un infirmier sur deux s'estime insatisfait de sa profession et 40% d'entre eux expriment l'envie de changer de métier. Ils souhaitent également valoriser leur profession, *via* un meilleur positionnement dans la gouvernance du système de santé (95 %) et dans la coordination des parcours de soins (53 %). Cela souligne ainsi des enjeux forts en termes de bien-être au travail⁹ pour toutes les catégories de professionnels de santé.

Ce travail de recherche a pour objet de rendre compte des conditions permettant la collaboration interprofessionnelle au sein de deux maisons de santé. L'enjeu consiste à interroger les modalités de cette collaboration, tout en questionnant sa compatibilité avec les enjeux en termes de bien-être au travail énoncés ci-avant. Nous suivrons pour cela une double focale analytique, considérant à la fois les conditions d'émergence du bien-être au travail ainsi que les éléments de construction des dynamiques de collaboration interprofessionnelle. Nous répondrons *in fine* à la question : Y a-t-il une corrélation entre les dynamiques de la collaboration interprofessionnelle et l'attention portée aux dimensions de bien-être au travail ? L'analyse permettra alors de proposer des préconisations managériales, tenant compte de l'éventuelle interpénétration des dimensions susmentionnées. Cela, afin de répondre aux enjeux de performance des MSP, tout en fidélisant les professionnels intégrant ces structures. J'ai ainsi opté pour une méthode d'investigation

8 <http://www.slate.fr/story/223170/travail-jeunes-diplomes-generation-y-enquete-et-maintenant-covid-salaires-teletravail-epanouissement> - consulté le 05/05/2022

9 Enquête 2022 : quelles attentes pour le futur de la profession infirmières menée auprès de 60.000 infirmier - <https://www.infirmiers.com/actualites/revue-de-presse/enquete-de-l-oni-queelles-attentes-pour-le-futur-de-la-profession-infirmiere.html> . Site consulté le 05/03/2022

de type qualitative, conduite à partir d'entretiens semi-directifs, couplés à une analyse de rapports d'activités. L'analyse croisées des données, permet d'accéder à la fois à des données quantitatives ainsi qu'à des données qualitatives telles que les représentations des professionnels et leurs systèmes de valeur.

Dans un premier temps, nous aborderons les enjeux contextualisés puis les concepts théoriques des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle, ainsi que les éléments fondateurs du bien-être au travail. Dans un second temps, la mobilisation du matériau collecté permettra d'étayer les approches théoriques et de faire émerger des éléments d'analyse, à partir des expériences partagées par les professionnels de deux MSP, d'un animateur territorial de la fédération de l'exercice coordonnée, que nous croiserons à l'analyse des rapports d'activité des deux structures. Nous exposerons la méthodologie et les résultats de l'étude avant d'ouvrir une discussion constructive, et de proposer des préconisations managériales concrètes au regard de la problématique et des enjeux théoriques.

1 LES ELEMENTS DU CONTEXTE

1.1 Evolutions démographiques en France : accroissement et vieillissement de la population

L'augmentation constante de la population (cf. annexe IV) ainsi que l'accélération de son vieillissement convergent vers un constant et inéluctable accroissement des besoins de santé. Le vieillissement de la population française (cf. annexe IV) s'accroît avec l'avancée en âge des babyboomers. Ainsi le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans pourrait augmenter de 80 % entre 2007 et 2060¹⁰ ; aussi, les tendances indiquent que près d'un quart de la population du Grand Est sera âgée de plus de 65 ans, en 2027 (cf. annexe V). L'analyse épidémiologique préfigure d'une complexification des besoins de santé ; en effet, près de 40% des français de plus de 16 ans déclarent une maladie chronique. Près de la moitié des 55-59 ans et plus de 70 % des femmes et des hommes âgés des plus de 75 ans

¹⁰<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151?sommaire=2020101#:~:text=En%202060%2C%2023%2C6%20millions%20de%20personnes%20seraient%20ainsi,ans%20et%20plus%20de%201%2C3%20%2C3%A0%205%2C4%20millions>. Consulté le 10/08/2022

seraient affectés par une maladie chronique (cf. annexe VI). Une consolidation du maillage territorial en structures pluriprofessionnelles, décloisonnées et mieux coordonnées, vise à répondre à la complexification du suivi des parcours de soins et l'accroissement des besoins en matière de santé, induits par ces mutations.

1.2 Raréfaction de l'offre face à la majoration des besoins en santé

Entre 2010 et 2021, le nombre de médecins généralistes a baissé de 9% en France (cf. annexe VII). Les projections indiquent que cette tendance au fléchissement de la démographie médicale a de fortes probabilités de se confirmer dans un futur proche (cf. annexe VIII), sur le territoire français ainsi que sur la Région Grand Est (cf. annexe IX). La région Grand Est, épargnée jusqu'à très récemment, fait également face à un choc démographique des professionnels de santé avec 30 % de départ à la retraite dans les cinq ans¹¹. Ainsi, les estimations de l'Ordre des médecins prévoient une diminution de près de 10% du nombre de praticiens en 2030 sur la région Grand Est (cf. annexe IX).

En 2017, un rapport de la DREES, atteste du manque d'attractivité de la médecine générale pour les étudiants en médecine, en la classant avant dernière des épreuves classantes nationales (ECN)¹². Ainsi ce désintéressement peut en partie s'expliquer par le manque d'attractivité de l'exercice ainsi que par l'écart de revenu entre la pratique de médecine générale et celui des autres spécialités.

La raréfaction de l'offre médicale se traduit à la fois par une baisse de la densité des médecins généralistes de 13,1 % entre 2010 et 2021, et un recul de l'exercice libéral, avec une baisse de 18% des effectifs de médecins libéraux rapporté à la population générale entre 2016 et 2040 ; au profit d'un exercice salarié ou mixte (DREES, 2017). Les médecins salariés représentant 47,6% de l'effectif national (CNOM, 2021), ce chiffre témoigne d'un virage vers l'activité salariée. En effet, le CNOM estimait en 2007 le nombre d'omnipraticiens salariés à 18,7 %, soit près de 30 points en plus entre 2007 et 2021 (CNOM, 2021).

11 Projet Régional de Santé Grand Est 2018-2022. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf. Site consulté le 12/06/2022.

12 À l'issue de ces épreuves, les étudiants en médecine de fin de deuxième cycle, choisissent un poste d'interne parmi 30 spécialités.

Cette tendance s'explique par la pénibilité apparente de l'exercice libéral, la lourdeur administrative de la gestion d'un cabinet ainsi que le choix « féminin » du salariat dans un contexte de féminisation majoritaire de la profession depuis 2020. En 2006, si 38,9 % des médecins généralistes étaient des femmes, elles représentaient déjà près de 60 % des médecins généralistes salariés (Lapeyre *et al.*, 2010) (cf. annexe X).

Au regard de de la situation démographique et épidémiologique, la majoration des besoins de santé dans un contexte de crise de la démographie médicale est alarmante. Cette inadéquation entre l'offre et la demande peut laisser présager des tensions grandissantes dans un futur proche. L'exercice groupé pluriprofessionnel, instrument de lutte contre les inégalités territoriales de santé et de réponse à la nouvelle complexité des parcours de soin, suscitent de grands espoirs auprès des professionnels et des politiques (Garros, 2009 ; Dépinoy 2011). Des mesures gouvernementales incitatives soutiennent notamment pour cela la création et le développement pérenne des MSP. L'émergence d'un nouveau maillage territorial atteste de l'engagement fort des politiques et des professionnels dans ce nouveau mode d'exercice (cf. annexe XI).

1.3 Les maisons de santé pluriprofessionnelles

1.3.1 Qu'est-ce qu'une MSP ?

Selon le Code de la Santé Publique (art. L6323-3 modifié par la loi 2019-774 du 24 juillet 2019), « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect du cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ».

1.3.2 Le cadre juridique de l'émergence des MSP

Créées par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, afin de faciliter l'accès aux soins, de favoriser les conditions d'exercice, d'améliorer les pratiques et la qualité des soins, les MSP sont des lieux de regroupement de professionnels de santé libéraux, ayant formalisé leur collaboration par un « projet de santé », répondant aux priorités de santé d'un territoire. Cette loi introduit des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR), pilotées par la Direction de la Sécurité Sociale, visant à cofinancer la mise en œuvre et la coordination des maisons de santé.

La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST, 2009) vise à « intégrer le patient au sein d'un parcours de soins cohérent et continu », et fait de la création de MSP une priorité. L'article 29, alinéa 2 de cette loi, mentionne l'obligation d'un projet de santé, qui atteste d'un exercice coordonné, conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2, et auquel chaque professionnel membre de la MSP doit adhérer.

Le décret d'application du 23 mars 2012 de la loi Fourcade (2011), octroie aux professionnels de santé libéraux exerçant en MSP un statut juridique. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), leur permet de percevoir des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP). Un accord conventionnel interprofessionnel (ACI), signé en 2017, valorise le travail pluriprofessionnel coordonné et pérennise les modes de rémunération forfaitaires pour concrétiser les actions inscrites dans le projet de santé, avalisé par l'ARS.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé réaffirme le virage ambulatoire et recentre le système de santé sur les soins de proximité. Les dernières lois entrées en vigueur, « Ma santé 2002 » et le Ségur de la Santé, réitèrent les velléités des pouvoirs publics à faciliter l'accès aux soins et l'exercice coordonné. Articulées à une problématique de santé publique, les maisons de santé deviennent un objet politique (Schweyer, 2019), plébiscitées par les pouvoirs publics et soutenues par des mesures et des financements incitatifs.

1.3.3 L'attractivité des MSP dans un contexte de pénurie médicale.

En 2018, 192 nouvelles MSP ont adhéré à l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). L'Assurance Maladie a versé une rémunération de 46,7 millions d'euros à 735 MSP adhérentes à l'ACI, contre 35,6 millions d'euros versés à 538 MSP en 2017. Cette rémunération en hausse de plus de 30 % par rapport à 2017, ainsi que l'augmentation du nombre de MSP adhérentes, témoignent à la fois de la dynamique du dispositif de rémunération et de l'attractivité croissante du mode d'exercice regroupé et coordonné¹³.

Le rapport « Portrait des professionnels de santé » de la DREES (2016), souligne un net développement, depuis le début des années 2000, de l'exercice en groupe chez la plupart des professionnels de santé en exercice libéral : ainsi la proportion d'infirmiers exerçant dans ce cadre serait passée de 33 % en 2001 à 38 % en 2015.

Malgré la crise de la démographie médicale, 61% des médecins généralistes ont opté pour un mode d'installation en groupe en 2019, ils n'étaient que 43% en 2001. En 2010, les internes en médecine générale exprimaient déjà une appétence pour l'exercice pluriprofessionnel, assorti d'une aide logistique et financière étatique (ISNAR-IMG, 2011). Cette organisation, qui permet de rationaliser certaines dépenses (les fonctions de secrétariat et de coordination, les locaux) et de mutualiser des investissements en équipement coûteux, séduit notamment les jeunes générations de médecins généralistes, en quête de conditions de travail plus attractives : 81% des moins de 50 ans exerceraient sous cette forme, contre 57% pour les 50-59 ans et seulement 44% pour les plus de 60 ans¹⁴. Les installations en MSP concourent ainsi à réduire les inégalités territoriales dans les espaces périurbains défavorisés en offre de soins (Chevillard et Mousquès, 2020) (cf. annexe XII). En effet, les territoires périurbains à faible accessibilité en soin, qui ont bénéficié de l'implantation d'une maison de santé, témoignent d'un accroissement de la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 45 ans, contrairement aux espaces similaires, sans maison de santé (Chevillard et Mousquès, 2020).

Après avoir abordé les éléments du contexte, nous aborderons dans la section suivante, une revue de littérature qui précisera le choix conceptuel de la collaboration

13 <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-05-14-cp-remuneration-conventionnelle-mspp> - Consulté le 10/07/2022

14 Etudes et résultats n°1114, mai 2019, Drees.

interprofessionnelle et étayera les éléments constitutifs des dynamiques de collaboration interprofessionnelles, par la modélisation de D'Amour (2008) ainsi que les conditions d'émergence du bien-être au travail, sous l'angle sur SLAC d'abord de Chatillon (2005) : Le Sens, le Lien, l'Activité et le Confort.

2 REVUE DE LITTÉRATURE

2.1 Vers une conceptualisation de la collaboration interprofessionnelle et de ses dynamiques

2.1.1 Collaboration ou coopération ?

Étymologiquement, les notions de collaboration et de coopération signifient toutes deux « travailler ensemble ». Elles peuvent se définir par le fait de travailler ensemble à la réalisation d'un projet collectif. Néanmoins, la distinction se situe dans les suffixes, où la notion de « *labore* », le labeur, induit une implication plus grande de la collaboration par l'effort auquel il fait référence, que la notion de « *operor* » (travailler, opérer).

La coopération sous-tend davantage une dimension de consensus, alors que la collaboration s'articule autour de l'importance de travailler ensemble, à l'atteinte d'un objectif commun et induit un aspect de résultats et de coresponsabilité.

Ainsi :

« Le travail coopératif est accompli par une division du travail dans laquelle chaque personne est responsable d'une partie de résolution d'un problème. La collaboration implique un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre ensemble le problème. La distinction s'opère en distinguant les relations qu'entretient chaque individu avec les membres du groupe (obligation ou liberté), sa responsabilité par rapport aux actions (responsabilité déléguée au coordinateur ou constamment partagée), sa capacité à influencer sur la définition et l'enchaînement des actions permettant d'atteindre l'objectif assigné au groupe (statut : hiérarchie ou égalité) » (Blanquet, 2007, cité par Christine Gangloff-Ziegler, 2009, p.97).

Mes observations de terrain en MSP, m'amènent à considérer la notion de collaboration comme heuristique. Les professionnels mentionnent en effet leur engagement dans un objectif commun (la prise en soins du patient). Leur contribution individuelle est

difficilement identifiable dans la co-élaboration du projet de santé et des protocoles, ainsi que dans la résolution de cas complexes, lors de réunions de concertations pluriprofessionnelles. C'est le fruit du travail en commun qui est attendu et projeté comme norme de travail et non l'addition de savoirs individuels. Ainsi, il me semble que les pratiques de ces organisations en termes de travail en commun relèvent majoritairement de la collaboration, plutôt que de la coopération, ce qui m'amène à retenir ce concept afin de répondre à la problématique énoncée.

2.1.2 Qu'est-ce que la collaboration ?

La collaboration sous-tend un croisement des regards et des compétences professionnelles, de manière à ce que l'action de l'équipe composée d'acteurs hétérogènes, dépasse la simple juxtaposition de compétences et de regards experts. En effet, « il y a collaboration lorsque deux personnes ou plus, issues de milieux différents et dotées de compétences complémentaires, interagissent pour créer une compréhension commune qu'aucune d'entre elles n'avait auparavant ou n'aurait pu acquérir seule ¹⁵». La collaboration est un processus complexe et dynamique (Kotlarsky et Oshri, 2015), qui implique de travailler ensemble à un objectif commun (Patel et al., 2012), avec une intention implicite de créer ou d'ajouter de la valeur (Kaye, 1992). Dans le champ de la santé, les pratiques collaboratives intègrent non seulement les professionnels, mais également les patients, leurs accompagnants ainsi que la communauté, dans l'objectif d'offrir la meilleure qualité de soins (OMS, 2010), dans un processus de décision partagée (Golin et Ducanis, 1981 ; Ivey et al., 1988).

Le travail collaboratif semble être la modalité de travail la plus appropriée aux organisations qui développent des activités complexes, recherchent de la flexibilité pour toujours mieux s'adapter à un environnement de nature VICA¹⁶ et réfère *in fine* à une organisation agile :

15 World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010 : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1 Consulté le 03/08/2022

16 Volatile, Incertain, Complexe et Ambigu - Terme du monde militaire qui a été inspiré (aux Américains) par l'effondrement du bloc Soviétique

« La collaboration se situe au-delà de la communication, de la coopération et de la coordination. Il s'agit d'une relation mutuellement avantageuse entre deux ou plusieurs parties pour atteindre un but commun, dans un processus qui implique le partage des responsabilités et de l'autorité. C'est donc plus que le simple partage des connaissances et de l'information (communication) et, également, plus qu'un type de relations permettant à chaque partie d'atteindre ses propres buts (coopération et coordination). L'objet de la collaboration est de créer une vision partagée et des stratégies articulées pour faire émerger des intérêts communs dépassant les limites de chaque projet particulier » (Chrislip, 2002, p. 41-42).

La collaboration ne saurait exister en l'absence d'objectifs communs et requiert l'interdépendance des acteurs, dont les responsabilités sont partagées et les rôles de chacun clairement définis (Sundstrom, 2000). Cette modalité de travail en équipe est au fondement de la dynamique interprofessionnelle. En analysant mon matériau empirique sous l'angle de la collaboration, mon objectif est ainsi de me doter d'un outil conceptuel permettant de traiter des notions évoquées ci-avant (coopération, communication, coordination), sans toutefois m'y limiter.

2.1.3 L'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité est une modalité de travail entre acteurs relevant de la collaboration. Elle mobilise et croise les expertises issues de champs professionnels distincts, dans la résolution de problèmes complexes ; elle se définit comme « le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de différentes disciplines. C'est le processus par lequel chaque professionnel réfléchit et développe des manières d'agir qui favorisent une réponse intégrative et partagée aux besoins du client/famille/communauté » (D'Amour et Oandasan, 2005, p.9). L'interprofessionnalité vise la transformation des pratiques organisationnelles, en favorisant l'émergence de nouvelles connaissances, d'un langage commun ainsi que d'une vision partagée des valeurs et des objectifs. Dans ce cadre, la réflexion et l'action collective sont concertées d'égal à égal, dans une perspective de parité, sur un modèle dit de *peer-production* (Benkler, 2002). L'interprofessionnalité requiert de se positionner au sein du collectif, de « rendre son expertise accessible, d'entendre et de comprendre l'expertise des autres et d'en intégrer les résultats comme éléments complémentaires de la sienne » (Hatano-Chalvidan, 2015, p.11).

La collaboration telle que définie précédemment est ainsi une condition *sine qua non* à une interprofessionnalité effective, notamment en ce qu'elle sous-tend comme précisé, l'élaboration d'objectifs communs et une interdépendance des acteurs. Nous traitons ainsi plus précisément de collaboration interprofessionnelle.

2.1.4 La collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle relève d'un ensemble de relations et d'interactions, lesquelles « permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante, au service du client » (D'Amour, 1999, citée par Policard, 2014, p. 35) ; dans le champ sanitaire, la collaboration interprofessionnelle est un processus de communication favorisant le partage des connaissances (Suto et Patitad, 2015), « processus par lequel des professionnels interdépendants structurent une action collective afin de répondre aux besoins des patients » (D'Amour, 1997, citée par Bordeleau et LeBlanc, p. 265-266). La collaboration interprofessionnelle se joue alors dans une dynamique complexe de communications, de prise de décisions (Ivey et *al.*, 1988) et de responsabilités, d'actions et d'apprentissages (Policard, 2014).

Selon le [CNRTL¹⁷](#), la dynamique est un « mouvement interne qui anime et fait évoluer ». La dynamique de collaboration implique que cette dernière prenne vie et se focalise vers un objectif commun pour amener un changement, faire évoluer une situation existante. Ainsi, penser la collaboration interprofessionnelle sous l'angle de ses dynamiques, permet à la fois de rendre compte d'un travail vivant au sein de l'organisation tout en ouvrant les perspectives d'innovation, centrales dans les MSP. Elles sont nécessaires à un ajustement permanent aux contingences renouvelées des besoins en matière de santé.

2.2 Les dynamiques de la collaboration interprofessionnelle

Le modèle théorique de D'Amour *et al.* (2008), inspiré de l'étude sociologique de Crozier et Friedberg (1993) et de l'approche organisationnelle de Friedberg, offre un intérêt

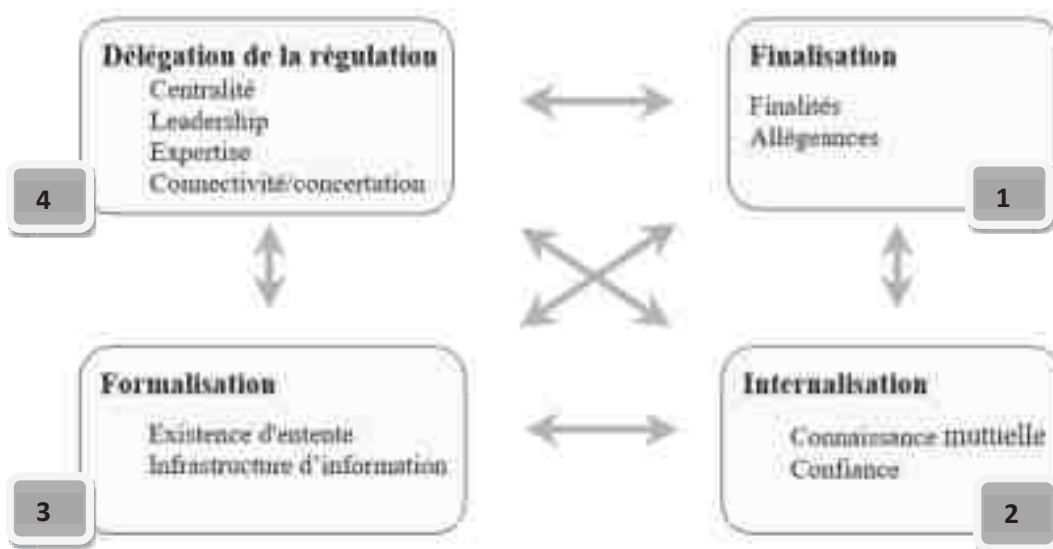
¹⁷ Le Centre national de ressources textuelles et lexicales

particulier dans la mesure où ce modèle a été testé sur différents terrains du secteur sanitaire. En outre, il permet d'explorer le processus de la collaboration interprofessionnelle, sa dynamique, dans le cadre d'interactions individuelles et organisationnelles pouvant influencer l'action collective.

Ce construit théorique est composé de quatre dimensions interreliées (deux dimensions relationnelles et deux dimensions organisationnelles), qui s'influencent mutuellement et permettent de comprendre les processus inhérents à la collaboration. Ils sont soumis à l'influence de facteurs externes tels que les ressources, les contraintes financières et politiques, facteurs déterminants des processus collaboratifs (cf. figure I, ci-après).

D'Amour élabore une typologie de la collaboration, basée sur dix indicateurs inhérents aux quatre dimensions de ladite collaboration. Cette typologie comprend trois niveaux : collaboration active, développement de la collaboration et collaboration potentielle. L'usage de ces indicateurs permet d'élaborer un diagnostic de la collaboration interprofessionnelle, corrélé aux résultats de l'activité, et ainsi de définir un plan d'action afin de l'intensifier (cf. annexe XIII).

Figure I : Les 4 dimensions du processus de structuration de la collaboration



Source : D'Amour *et al.*, Étude comparée de la collaboration inter organisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité- Rapport du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé ; 2003, page 9.

2.2.1 Les deux dimensions interpersonnelles de D'Amour *et al.*

Les deux dimensions relationnelles de d'Amour *et al.* (*Ibid.*), incluent des objectifs et vision partagées ainsi que l'internalisation, renvoyant au sentiment d'appartenance au collectif.

2.2.1.1 La finalisation : « Shared Goals and Vision »

« *Shared Goals and Vision* » (cf. Fig I.1), défini par D'Amour comme la finalisation, cet idéal-type renvoie à l'existence d'objectifs communs partagés et appropriés par une équipe, pierre angulaire de toute entreprise collaborative. La collaboration interprofessionnelle est effective si les professionnels interagissent de manière à élaborer une vision commune d'une situation problématique et un plan d'action collectif orienté vers les besoins du patient (Careau, Vincent et Swaine, 2011).

2.2.1.2 L'Internalisation.

L'internalisation (cf. Fig I.2) renvoie à la nécessaire prise de conscience par les professionnels de leurs interdépendances et s'exprime par un sentiment d'appartenance au collectif. Ce processus suppose la connaissance et la reconnaissance des valeurs et des expertises de chacun ainsi qu'une confiance réciproque.

La collaboration interprofessionnelle sous-tend « la connaissance du champ de pratiques de l'autre ainsi que la reconnaissance de ses compétences respectives » (Policard, 2014, p. 35). L'interconnaissance mutuelle entre professionnels est essentielle (Andvig, Syse et Severinsson, 2014) et la confiance interprofessionnelle est source de bénéfices substantiels pour les compétences de chacun (Andvig, Syse et Severinsson, 2014). Le succès dans la réalisation des tâches est tributaire des processus d'interactions entre les acteurs (Marks, Mathieu et Zaccaro, 2001).

2.2.2 Les deux dimensions organisationnelles de D'Amour *et al.*

Les deux dimensions organisationnelles de D'Amour *et al.*, incluent la formalisation d'un cadre de référence et des outils et espaces de communication qui

encadrent l'action collective La gouvernance, renvoie *in fine* à la capacité organisationnelle à accompagner les dynamiques de collaboration.

2.2.2.1 La formalisation

La formalisation (cf. Fig I. 3) clarifie les attentes et les responsabilités de chacun des acteurs de la collaboration par des règles et des outils qui explicitent, encadrent et régulent l'action collective, et sont partagés par les professionnels ; l'existence d'un modèle théorique commun, levier de performance de l'équipe (Gardner, Scott et Abdelfattah, 2016), « offre une structure de connaissances aux équipes et les aide à mieux collaborer » (McComb et Simpson, 2014, p.277). La formalisation réfère également à l'existence et à l'usage appropriés d'un système d'information performant, permettant aux professionnels d'échanger de manière efficace.

2.2.2.2 La délégation de la régulation

Au sens de D'Amour, cette dimension fait référence à l'existence d'une direction claire et explicite qui guide et soutient les équipes dans la construction de dynamiques favorables à la collaboration interprofessionnelle ; au sein des MSP étudiées, la gouvernance (cf. Fig I.4) renvoie à des mécanismes de coordination, qui seront abordés dans le cadre de la discussion qui suivra. Un leadership consensuel et partagé permet à chacun de faire entendre son opinion et prendre part aux décisions. Un leadership empreint de valeurs de collégialité et de respect, qui fédère l'équipe autour d'une vision et de finalités communes, est connexe à l'amélioration des performances ainsi qu'au bien-être des professionnels (Beckett et *al.*, 2013). L'organisation accompagne les équipes dans un processus d'apprentissage des changements et innovations inhérents à la collaboration, notamment par la mise en œuvre d'espaces de construction de liens et d'échanges (la connectivité définie par D'Amour), nourrissant l'expertise interne.

La mobilisation d'un second modèle, permet d'apporter un autre axe de réflexion sur la collaboration interprofessionnelle et surtout constitue un outil heuristique à la résolution de la problématique énoncée en introduction ; il s'agit d'une approche centrée sur le sur le bien-être au travail, et ses conditions d'émergence.

2.3 La modélisation des conditions de bien-être au travail

Emmanuel Abord de Chatillon (2015) propose une modélisation des conditions du bien-être au travail par l'étude de quatre dimensions : le Sens du travail, le Lien, l'Activité et le Confort (SLAC). Cette grille d'analyse permet de mesurer les bénéfices recherchés de la collaboration interprofessionnelle, en termes de bien-être au travail et cela en vue d'apporter des préconisations managériales. Cette approche centrée sur le bien-être au travail et les conditions de son émergence, inspirée par les travaux de Bietry et Creusier (2013), combine deux courants : l'hédonisme soit « le plaisir subjectif vécu au travail » (Kahneman et *al.*, 1999) et l'eudémonisme où le bien-être coïncide avec la réalisation de soi. Emmanuel Abord de Chatillon y intègre deux nouvelles dimensions que sont le lien, qui renvoie à la dimension relationnelle du travail, et le confort, qui traite des conditions de réalisation de l'activité.

2.3.1 Le sens du travail : la construction du sens, composante essentielle du bien-être

Le sens du travail implique une prise de conscience du sujet dans le fait que son travail est porteur de sens, important pour lui et que ses valeurs peuvent s'incarner dans son travail ; Morin (1999), propose une définition tridimensionnelle du sens du travail. Ce dernier comprend les représentations que la personne se fait de son travail et la valeur qu'elle lui confère (la signification) ; ce qu'elle recherche dans son activité (l'orientation) ainsi qu'une recherche de cohérence entre l'individu, ses valeurs, ses besoins et le travail effectué. Le sens ne s'acquiert pas, il se découvre par l'expérimentation et les interactions avec les autres et nécessite un investissement des acteurs dans des espaces de discussion, lieux de construction et d'actualisation du sens du travail (Detchessahar, 2011, 2013 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017 ; Richard et *al.*, 2015). Ainsi, donner du sens au travail influencerait positivement l'engagement des professionnels dans l'organisation (Morin, 2009).

2.3.2 Le lien au travail : « le lien vaut mieux que le bien » (Marcel Mauss, 1924)

Le lien social, « comprend l'ensemble des formes de soutien social ainsi que la qualité des relations interpersonnelles » (Abord de Chatillon et Richard, 2015, p. 59).

L'inscription dans un collectif de travail par l'engagement social et relationnel, les échanges autour du projet avec les collègues ou les partenaires dans un climat de confiance avec une écoute réciproque, se révèlent être des constituants centraux dans la construction et l'actualisation des liens sociaux au travail, dimension centrale du bien-être (Karasek et Theorell, 1990 ; Hobfoll et *al.*, 1992 ; Halbesleben, 2006). L'aménagement d'espaces de discussion, lieux de construction des liens professionnels, est gage de bien-être et de qualité de vie au travail (Abord de Chatillon et Richard, 2015 ; Bertrand et Stimec, 2011 ; Conjard et Journoux, 2013 ; Detchessahar, 2011, 2013 ; Richard, 2012).

2.3.3 L'activité

Il n'y a pas de bien-être sans « le plaisir du travail bien fait » (Clot, 2010). La dimension de l'activité se concentre sur la qualité de l'activité ainsi que sur la capacité du professionnel à effectuer un travail qualitatif en exerçant son pouvoir d'agir, en prenant des initiatives tout en mobilisant les ressources du collectif de travail (Clot, 2010). Les recherches sur l'autodétermination, indiquent que le bien-être en lien avec l'activité repose sur la satisfaction de trois besoins fondamentaux : le besoin d'autonomie, où le professionnel dispose d'une liberté pour conduire l'action et s'y engager, favorisant l'innovation et la qualité de vie au travail (Colle, 2017) ; le besoin de compétence qui renvoie à un « sentiment d'efficacité sur son environnement, qui stimule le goût de relever des défis, de "faire face" et de "prendre en charge" les actions, qui contribue à nourrir en retour un sentiment d'estime de soi et de confiance en soi » (Abord de Chatillon et Richard, 2015, p. 56), ainsi que le besoin relationnel qui comprend le sentiment d'être en lien avec autrui et d'appartenir à un collectif de travail.

2.3.4 Le confort

Le confort désigne un sentiment de bien-être à la fois physique, fonctionnel et psychique (Fischer et Vischer, 1997) ; la dimension du confort, concerne les conditions de réalisation du travail et la satisfaction qu'elle génère (l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle, le cadre de travail, les conditions salariales). L'organisation et les professionnels construisent des conditions de confort, en aménageant des espaces, « lieux de communication, d'échanges, d'apprentissages et d'expériences collectives » (Abord de

Chatillon, 2015, p. 61) ; ces conditions de confort contribuent à l'identification et à l'attachement des professionnels à leur environnement de travail.

Le prochain chapitre ouvre sur l'analyse des résultats de l'enquête, en précisant sa méthodologie et ses biais.

3 PRESENTATION DE LA RECHERCHE

3.1 Méthodologie de l'étude

3.1.1 Généralités

Cette année d'études en master MOS s'inscrit dans une volonté d'interroger, de consolider, d'inscrire et valoriser quatorze années d'expérience professionnelle en management de projet humanitaire, dans le système sanitaire et social français et européen. Cette étude fait écho aux dynamiques de projets, répondant à des enjeux sanitaires et médico-sociaux pluriels, dans des contextes VICA, qui se conjuguent avec l'engagement, les valeurs éthiques, la quête de sens, et un savoir « travailler ensemble » des travailleurs humanitaires. Dans ce milieu en effet, les cloisonnements entre problématiques sanitaires et sociales s'effacent face aux impératifs des besoins populationnels. Les MSP se voulant être un levier au décloisonnement et à la réponse sanitaire et sociale territoriale, il m'a semblé que cette étude pouvait s'inscrire dans la continuité de ma réflexion, développée tout au long de mon parcours professionnel.

En l'absence de connaissance du terrain, j'ai initié la démarche de recherche par deux entretiens préliminaires à visée exploratoire, menés simultanément en octobre 2021 avec une coordinatrice et un médecin généraliste, afin de définir le sujet. L'expression récurrente de la satisfaction d' « un travail bien fait », ainsi que la mobilisation massive des champs sémantiques de la dynamique, du sens et du lien durant les entretiens exploratoires, m'ont amenée à formaliser la problématique présentée en introduction, orientant ainsi mon travail de recherche vers une double analyse : celle des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle, par les quatre dimension de D'Amour qui permettent d'identifier des niveaux de collaboration ; ainsi que l'identification des bénéfices en terme de bien-être, au regard de la modélisation d'Abord de Chatillon (2015), articulée autour des quatre

dimensions du SLAC : le sens, le lien, l'activité et le confort (cf. les grilles d'analyse des thématiques figure I, p.13 et annexe XIV). Cela, plus précisément en interrogeant la possibilité d'une corrélation entre dynamiques de collaboration et bien-être.

J'ai retenu comme méthode d'investigation l'enquête qualitative conduite à partir de sept entretiens semi-directifs, couplés à une analyse des contenus des différents matériaux empiriques que sont les rapports d'activité, les rapports arbitraux et projets de santé, mis à disposition par les deux structures étudiées. L'entretien semi-directif se révèle, à mon sens, plus pertinent que la méthode par questionnaire, dans la mesure où il permet d'analyser des données qualitatives telles que les dimensions socio-affectives, les systèmes de valeurs, le sens que les participants donnent à leur pratique ainsi que les représentations qu'ils en ont (Blanchet et Gotman, 2007).

Les entretiens semi-directifs ont été orientés autour de trois questions principales :

« Pourquoi s'être tourné vers l'exercice en maison de santé, et pourquoi y être resté ? »

« Les freins et les leviers de la collaboration interprofessionnelle en maison de santé ? »

« Le rôle de la coordination dans le "bien travailler ensemble" ? »

En limitant délibérément le nombre de questions, la structure flexible de cette approche constitue un modèle qui permet à la fois de structurer et d'orienter l'entretien tout en permettant à la personne interrogée de se l'approprier et de « libérer » sa parole afin qu'elle puisse partager sa subjectivité, son expertise sur une question relative à un terrain qui m'est inconnu.

3.1.2 Choix des terrains

Les enquêtes ont été menées auprès de professionnels travaillant dans deux maisons de santé fortement intégrées dans l'écosystème des soins de premier recours depuis 2014, installées en mono-site sur des quartiers prioritaires d'une ville de plus de 100000 habitants. Un tableau de synthèse des caractéristiques de chaque MSP, que j'ai choisi de nommer MS1 et MS2 dans un souci d'anonymisation, est disponible en annexe XV.

3.1.3 Choix de la population interviewée

Malgré de nombreuses sollicitations par mail et les relances de coordinateurs et médecins, seuls six participants des MSP étudiées ont accepté l'entretien. Dans le but d'apporter un regard plus externe et plus distancié sur la collaboration interprofessionnelle, j'ai également sollicité un animateur de la Fédération des Maisons et Pôles de Santé. Dans un souci de préservation de l'anonymat des personnes interviewées, je choisis délibérément de ne pas préciser les territoires d'implantation, ni les âges et sexes respectifs des participants, au vu du nombre restreint de structures existantes sur le territoire étudié.

Tableau récapitulatif des personnes interviewées					
Codage de l'entretien	Fonction de la personne interviewée	Expérience dans la fonction ou dans la structure	Structure	Durée des entretiens	Date entretien
E1	Coordinateur	8 ans	MS2	50 minutes	19 Octobre 2021
E2	Médecin	8 ans	MS2	50 minutes	19 Octobre 2021
E3	Orthophoniste	5 ans	MS2	29 minutes	18 Mai 2022
E4	Coordinateur	8 ans	MS2	53 minutes	17 Mai 2022
E5	Médecin	8 ans	MS1	1heure 03 minutes	12 Avril 2022
E6	Coordinateur	7.5 ans	MS1	51 minutes	22 Mai 2022
E7	Animateur territorial	2 ans	Fédération Maisons et Pôles de Santé	2 heures	8 Juin 2022

3.1.4 Réalisation des entretiens et traitement des données

D'une durée comprise entre vingt minutes et deux heures, les sept entretiens semi-dirigés menés entre octobre 2021 et juin 2022 ont été enregistrés avec l'accord des professionnels. Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont pour la plupart été réalisés de façon individuelle (sauf les deux entretiens exploratoires menés en octobre), en présentiel (sauf un en visioconférence), au sein même des structures étudiées. Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés. Le mode présentiel présente notamment l'intérêt de rencontrer les acteurs sur leurs lieux de travail, permettant de

découvrir les structures (aménagements mobiliers/configurations architecturales) et de les voir évoluer au sein de celles-ci. Le matériau empirique constitué des rapports et des entretiens, a été étudié à l'aide de grilles d'analyse (cf. annexe XVI), comprenant un encodage des structures et des participants, référencées ci-avant.

3.1.5 Les limites et les biais de l'analyse

Les sollicitations pour les entretiens ont eu lieu à une période de changement ou de questionnement des équipes respectives, explicités par les coordinateurs : l'une « *en phase plateau, épuisée par la crise COVID* », et l'autre, qui fait face aux départs du médecin à l'initiative du projet et du coordinateur à ce même moment. Ce contexte non propice à la réalisation d'un tel exercice, peut également expliquer l'absence de réponses de certains professionnels contactés.

Ensuite, les divers rapports des deux MSP, apportent des données quantitatives et qualitatives précises sur l'activité, qu'il convient d'analyser en tenant compte de la destination de ces documents aux organisations de tutelle qui les financent, ce qui oriente indéniablement le choix des données indiquées. D'où la pertinence de croiser les données écrites avec les données subjectives extraites des entretiens.

Enfin, un des biais majeurs réside dans le fait d'avoir interviewé majoritairement des figures politiques représentantes des structures ou de la fédération (des coordinateurs, médecins à l'initiative des MSP ou animateur territorial), qui sont les fers de lance de ces organisations, ce qui induit un biais dans l'interprétation des résultats, dont il me faut tenir compte dans l'analyse. Une étude d'observation des dynamiques de collaboration dans les espaces formels ou informels, aurait permis de confronter les données.

3.2 Résultats de l'étude et analyse

3.2.1 L'analyse des résultats sous l'angle des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle

L'analyse qui suit mobilise principalement la modélisation de D'Amour (2005), développée dans la revue de littérature et s'articule autour de quatre dimensions

s'influençant mutuellement selon l'auteur : deux dimensions relationnelles, relatives à la construction d'une vision et d'objectifs communs ainsi qu'à la nécessaire prise de conscience des professionnels de leur interdépendance (l'internalisation) ; ainsi que deux dimensions organisationnelles, caractérisées par l'usage d'outils formalisés (convention partenaire, systèmes d'information protocoles), explicitant les rôles et responsabilités de chacun ainsi que la gouvernance, correspondant au leadership, à l'expertise et à la connectivité. Les facteurs externes (contraintes financières et politiques), déterminants en termes d'effectivité des processus collaboratifs, ainsi que les freins identifiés seront également extraits des matériaux recueillis, et analysés.

3.2.1.1 Facteurs relationnels : Une vision commune centrée sur le patient

Les entretiens et les rapports d'activités mettent en exergue une vision commune et des objectifs partagés, centrés sur le patient :

« L'exercice coordonné permet surtout d'imaginer et de concrétiser des projets au service d'une meilleure prise en charge et d'une meilleure santé de nos patients. » (Site web MS1) avec des initiatives relatives à la satisfaction des patients qui sont menées dont *« un projet de recueil de la parole des usagers, réfléchi conjointement entre les trois maisons urbaines de santé de [la ville] »* (rapport d'activité MS1 2021).

Tous les professionnels *« travaillent tous aux mêmes objectifs »* (E4) et se retrouvent *« sur cette volonté d'être au clair avec un projet de santé, avec [...] l'accès aux soins pour des gens qui pourraient en être éloignés »* (E6), ils *« savent pourquoi ils sont là et [...] savent ce qu'ils ont envie de partager ensemble »* (E6).

Dans les deux MSP, la vision commune se structure par des espaces de discussion, où s'exprime *« cette volonté de partager, de confirmer qu'on entend les mêmes choses, qu'on parle de la même façon »* (E6) ; par des espaces de réflexion inscrits dans le *« Règlement Intérieur qui prévoit a minima une session de travail par an portant [notamment] sur la définition des valeurs communes portées par l'équipe, la définition d'une vision partagée à court, moyen et long terme de la Maison de Santé [...]. L'objectif attendu est de fédérer l'équipe autour d'une ligne cohérente et pérenne pour la Maison de Santé, orientée autour de l'intérêt des patient-es. »* (Rapport d'activité MS2 2020). La vision commune *« se construit, quand on intègre de nouvelles personnes »* (E6).

3.2.1.2 L'Internalisation

La confiance et l'interconnaissance mutuelles des valeurs et des expertises se font « *naturellement parce que les gens se rencontrent* » (E6) ; pour ce faire, la configuration spatiale de la structure, l'existence d'espaces formels ou informels sont déterminants à la construction des interdépendances.

Les deux structures sont chacune installées dans le même bâti, en mono-site ; cet agencement favorise la proximité cognitive, permettant « *de pouvoir discuter, [...] d'avoir ce retour direct* » (E3), de proposer au patient « *une ressource de proximité* » avec qui le professionnel « *peut parler* » (E5) ; cette configuration serait vectrice d'« *une qualité de collaboration* » (E5).

Ainsi, « *la question de la confiance, la question d'apprendre à se connaître, la question de se tester, [...] c'est de l'informel et du coup c'est du relationnel* » (E6), qui s'opère « *entre deux portes [...] à la pause-café* » (E4) mais également par « *l'organisation régulière de réunions [...] nécessaires à la dynamique d'équipe [...] et [permettant] de fédérer l'ensemble des professionnels autour de valeurs partagées* » (rapport d'activité MS2 2020). Les rapports d'activités attestent du fait que « *le temps consacré aux réunions est conséquent avec une moyenne de 2 heures pour 63 réunions et 6 professionnelles présentes* », soit « *près de 800 heures* » pour MS2 et 43 réunions pluriprofessionnelles pour MS1.

« *On a une orthophoniste dans les murs, je la connais, [...], je sais que quand je confie [le patient] à cette orthophoniste, je sais qu'elle sera en capacité de satisfaire mes attentes pour mon patient et donc effectivement, par rapport à tout ça, on a tout l'informel qui rejaillit.* » (E6)

3.2.1.3 Les outils de formalisation de la dimension organisationnelle

Les facteurs organisationnels des deux structures, témoignent d'un réel soutien des dynamiques de collaboration interprofessionnelle, par la mise en œuvre et l'usage d'outils de gestion, d'outils de communication et de partage d'information.

Les rapports d'activité des deux MSP étudiées, attestent de l'existence et de l'usage de multiples outils de gestion qui encadrent l'action collective : « *Charte professionnelle* », « *charte éthique* », « *règlement intérieur* » « *fiche de poste* », « *matrice de maturité* », « *projet de santé avec des indicateurs et des objectifs cibles* ».

Le coordinateur E4 précise ainsi que :

« Ce n'est pas parce qu'on a la volonté que ce soit collaboratif et participatif que ça va se faire et donc il faut se doter des outils qui nous le permettent. [...] En fait, plus on nomme et on organise ce qui permet de s'organiser, [...] plus on en assure la possibilité, la faisabilité. Il y a une militante féministe¹⁸ qui a écrit un texte : "la tyrannie de l'absence de structure" , en fait, ce qu'elle démontrait c'était que dans les milieux militants au prétexte de : "mais, on est tous d'extrême-gauche, on est tous bienveillants, on n'a pas besoin de se soucier de s'organiser", sauf qu'en fait, quand on fait ça, c'est le pouvoir du plus fort, c'est le pouvoir de celui qui parle, c'est soit le pouvoir de celui qui parle le plus, soit le pouvoir de celui qui a le plus de temps, soit le pouvoir de celui qui a le plus d'éloquence et donc ça n'est pas démocratique. Et en fait, je pense que ça paraît contre-productif et contre-intuitif, mais pour moi, plus on a les outils d'organisation de travail collaboratif, de travail en commun, plus on assure en fait le bon fonctionnement du collaboratif, du participatif et pour moi, c'est vraiment les outils de base » (E1).

En d'autres termes, pour ce coordinateur, les outils de formalisation sont ainsi au service d'un fonctionnement démocratique participatif se voulant effectif. Le cadre ainsi formalisé, redéfinit les rôles et responsabilités de chacun et contribue à faciliter la collégialité.

Le projet de santé, fruit de la réflexion de l'équipe pluriprofessionnelle, atteste de l'organisation et de la volonté des professionnels de santé de se coordonner et de travailler ensemble autour d'axes de santé prioritaires ; ce dernier, omniprésent dans les entretiens, *« optimise les projets professionnels de chacun [...], accompagne [leur] travail »* (E5), *« engage »* les professionnels (E5) et conditionne l'obtention *« d'aides spécifiques dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel »*. Ce projet de santé corédigé et cosigné par tous les membres de chaque MSP, cimente et devient ainsi un outil majeur de formalisation des interdépendances par un contrat tripartite entre les professionnels, avec les patients et les tutelles :

« On est une équipe, on va tous dans la même direction dans le sens où on a un projet de santé, on a toutes adhéré à ce projet de santé, on a toutes accepté les conditions et le cadre de travail parce qu'on est associées, parce qu'on a des projets de santé, parce qu'on a signé un règlement intérieur, parce qu'il y a des règles auxquelles on a décidé d'adhérer » (E3).

1.1 18 [THE TYRANNY of STRUCTURELESSNESS - Jo Freeman](#)

L'existence et l'utilisation d'une infrastructure d'information permet l'échange et le retour d'informations, aspect important de la construction de relation de confiance interprofessionnelle.

Le « système d'information Chorus, labellisé niveau 2 par l'ASIP Santé [...] outil majeur de l'exercice coordonné [dont les] fonctions et paramètres sont personnalisés par l'équipe, est régulièrement adapté et amélioré par l'équipe ». Néanmoins le système d'information est « *chronophage* » et ne permet pas « *l'accès aux données hors connexion* » (MS2 Rapport d'activité). Au-delà du système d'information, les rapports d'activité respectifs attestent de l'existence et de l'usage d'autres outils facilitant le partage d'informations, la communication et la coordination de l'action collective et permettent le « *suivi et l'évaluation des actions* ». Il s'agit : de « *messaging sécurisée MMS* », d'« *espace virtuel partagé pour la sauvegarde et l'échange des documents communs* » ; d'« *agenda partagé* », et « *annuaires communs à toutes les professionnelles* », ainsi qu'un outil de coordination gérontologique pluridisciplinaire territoriale « *SICODOM* ».

3.2.1.4 La gouvernance de la dimension organisationnelle

Dans les deux structures, le leadership est partagé et fait l'objet d'un large consensus : « *pour tout ce qui est projet, l'ensemble de l'équipe est invité et encouragé à participer et à donner son avis* » (E4), et participe à la prise de décision :

« *Chez nous, on ne parle pas de leader, on parle de leadership parce que chez nous le leadership est partagé et donc la fonction de coordination c'est d'être manager de projet et de mission et de fonctions auxquelles sont accolées du leadership, qui peut être partagé entre plusieurs personnes, les personnes en question peuvent se retrouver à la fois sur le projet parentalité¹⁹ et la RH* » (E4).

Le leadership partagé est inscrit dans « *l'action 6 du projet de santé, qui fait écho à l'article 17 du Règlement Intérieur* », et prévoit *a minima* « *une session de travail par an* » (rapport d'activité MS2). Des règles tacites, qui soutiennent la collégialité, régissent notamment les procédures de recrutement : « *un temps de travail collectif autour du poste de médiateur-trice avant tout nouveau processus de recrutement [...] sur le mode de l'intelligence collective* » (rapport d'activité MS2) est mené et quand « *une nouvelle*

¹⁹ Projet de soutien à la parentalité qui figure dans les actions spécifiques de prévention et de santé publique pluridisciplinaire (Rapport d'activité MS2 2020)

personne dans l'équipe est intégrée, alors la personne qui est d'abord décisionnaire c'est la personne qui a le même métier, donc voilà, c'est plus facile et puis ensuite, c'est quand même un avis d'équipe. » (E3).

De nombreux espaces formels (réunions d'équipes, réunions de synthèse) et informels (« *machine à café* », « *couloirs* » (E6), ont vocation à constituer des lieux de partage et de construction de l'expertise. Plusieurs marqueurs d'ouverture à l'innovation organisationnelle, mentionnés dans les rapports d'activités respectifs et inscrits dans les projets de santé, sont identifiables : des « *formations, colloques et groupes de travail* » (Rapport d'activité MS2, 2020), la diversité des partenariats, l'intervention de nombreux professionnels externes qui complètent l'offre ; les travaux de recherche (au nombre de 5 en 2020 pour MS2), la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels, (au nombre de 4 pour MS1 et de 7 pour MS2), ainsi que l'accueil de nombreux stagiaires. Néanmoins, la crise sanitaire a constitué un frein à l'entreprise de collaboration, dans la mesure où de nombreux événements et rencontres pluriprofessionnels ont été annulés ou reportés durant cette période.

3.2.1.5 Les facteurs externes

Des politiques favorables assorties de financements incitent l'essor de « *dispositifs labellisés* », sous condition de respecter « *un cahier des charges avec des normes, des règles* » (E7).

Les deux MSP dotées d'un statut juridique de société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), perçoivent des dotations pérennes spécifiques aux MSP. En respectant les trois engagements liés au projet de santé à savoir l'accès aux soins, le travail en équipe pluriprofessionnelle et l'utilisation d'un système d'informations partagé labellisé, les deux structures bénéficient de nouveaux modes de rémunération (NMR) socles. En attestant de files actives conséquentes et d'un taux de sur-précarité de la patientèle en rapport à la situation nationale, les deux structures installées sur des quartiers prioritaires de la politique de la ville, perçoivent également des rémunérations supplémentaires, dites optionnelles : « *Les trois médecins ont chacune une file active*

supérieure à 1100 patients » dont « plus de 40 % sont bénéficiaires de la CSS²⁰ ce qui révèle d'une sur-précarité » pour MS2 et « 2 749 patients, dont 36,0 % des patients suivis qui bénéficient de la CSS ou de l'AME²¹ » pour MS1). Néanmoins, le rapport d'activité de MS2, précise que « la dotation perçue ne finance pas la totalité des charges liées à l'exercice coordonné [...]. Or, ce temps est conséquent ; il représente près de 1000 heures de travail, primordiales au fonctionnement de la Maison de Santé. Cette dotation [...] est donc complétée d'autres sources de subventions et de financement ».

Les deux MSP s'accordent sur le fait qu'« il n'y a jamais eu de pression pour qu'on fasse un projet différent de celui qu'on souhaitait. Il y a eu des tensions, ça c'est normal, mais dans l'ensemble, je trouve qu'il y a eu beaucoup de respect et d'écoute réciproque et pas seulement de l'écoute, avec aussi des financements » (E5). Néanmoins, le médecin à l'initiative précise qu'« avant 2014, les équipes ont été vraiment beaucoup toutes seules [...]. On est arrivés où vraiment ça commençait et donc on n'a pas eu toutes ces aides-là... notre projet de santé, on l'a vraiment écrit tout seul » (E2)

3.2.2 Les freins à la dynamique de collaboration

3.2.2.1 La gestion administrative et le risque financier

La lourdeur administrative et son aspect chronophage est un premier frein à l'attractivité des dispositifs :

« C'est le premier argument des professionnels quand on leur présente le dispositif : ça va être lourd administrativement et combien ça va me coûter en heures, je n'ai déjà pas le temps pour mes patients. » (E7)

Un risque financier conséquent est prégnant dans les retours des professionnels :

« Il n'y a pas toujours que des bonnes expériences » ; « il y a eu aussi beaucoup de grosses maisons de santé qui coûtaient très chères, avec des loyers très chers et ce n'est plus tenable dès qu'un professionnel part. » (E3)

20 La Complémentaire santé solidaire

21 Aide Médicale d'Etat

« Le modèle économique imposé par une maison de santé est lié à des locaux » ; « chaque professionnel est responsable jusqu'au bout du fonctionnement et des charges de la maison de santé », ceci représente un « risque financier important », car l'exercice libéral « n'est pas atténué par des allègements de charges personnelles » (E5).

Si « un libéral tout seul se casse la figure, tout seul, il se débrouille, il refait sa vie ; [si] une structure prend des décisions erronées, 10 personnes se cassent la figure » (E5).

3.2.2.2 Des freins liés aux cultures professionnelles

Le fonctionnement organisationnel des maisons de santé est « très lié à la vision des médecins » (E3), notamment « les modes de calculs [des nouveaux modes de rémunération], qui restent également centrés sur l'exercice des médecins et donc antinomiques avec l'idée même de l'exercice coordonné. » (Rapport d'activité MS2 2020). Pour certains auxiliaires médicaux « c'est la crainte de retourner sous un système hospitalier avec une ascendance des médecins sur leur exercice » (E7) ; la capacité des médecins à « valoriser le travail en équipe » est essentielle pour rendre « l'exercice en commun agréable » (E3).

Une culture professionnelle des « médecins prescripteurs, les plus anciens, qui ont fait un cursus dans un archétype du médecin chef », de « notables », peuvent effectivement rendre « la collaboration très difficile » (E7).

En effet, « certains médecins ont l'impression de rentrer sous tutelle » et craignent d'« abandonner une partie de leur statut libéral, de se voir imposer leur rythme de travail » en « s'inscrivant dans le projet d'une maison de santé ». Certains refusent « de se confronter à leurs collègues » (E7), ce qui perturbe la collaboration interprofessionnelle : « Le pluriprofessionnel fait qu'on se met en danger dans son exercice propre et que du coup, il y a toujours que ce soit de façon implicite ou de façon explicite, cette question de reconformer sa place, d'assumer ses limites, d'assumer d'aller voir l'autre » (E6).

3.2.2.3 Les opportunistes du pluriprofessionnel

A7 mentionne l'existence d'« opportunistes du pluriprofessionnalisme » qui ont monté « une maison de santé avec un projet de santé pondé par un cabinet d'audit » et qui

permet d'avoir « *des sous chaque année* » (E7). Travailler « *avec des gens qui n'ont plus envie de travailler ensemble, mais qui remplissent bêtement des critères pour avoir des subventions* » (E3), est un motif invoqué par certains professionnels, pour quitter la MSP.

3.2.3 L'analyse du bien-être au travail

L'analyse qui suit, s'inscrit dans la modélisation du bien être d'Abord de Chatillon (2015), développée dans la revue de littérature et s'articule autour des quatre dimensions que sont le sens, le lien, l'activité et le confort (SLAC). Je choisis délibérément de ne pas aborder la grille SLAC, dans l'ordre défini par l'acronyme. L'importante mobilisation du champ sémantique relatif au lien, m'invite à amorcer l'analyse par cette dimension. Les dimensions de l'activité et du sens, apparaissant intrinsèquement reliées, j'aborderai ces dernières de manière conjointe, dans la partie finale de l'analyse du bien-être au travail.

3.2.3.1 Le lien

Le champ sémantique du lien est largement mobilisé. Les termes « lien » et « rencontre » sont mentionnés soixante-seize fois dans les entretiens menés auprès des professionnels des deux structures.

Bien qu'elle ne soit pas explicitement recherchée, l'entente interpersonnelle impliquant une dimension affective et un partage de valeurs personnelles communes est déterminante dans la collaboration interprofessionnelle. Cela se retrouve dans les propos de E3 qui « *ne [se] verrait pas de travailler [...] avec quelqu'un de très raciste, quelqu'un de fondamentalement sexiste* » et a « *besoin d'apprécier [ses] collègues pour faire [son] travail d'équipe correctement* ». Un coordinateur nous précise qu'étant attaché à une équipe, il était « *en capacité d'accompagner cette équipe, mais pas forcément une autre* » (E6). Le coordinateur de l'équipe de MS2 réitère « *la dimension interpersonnelle* », à savoir que l'équipe « *s'apprécie bien, se connaît bien et se voit aussi en dehors des moments du boulot* » (E4).

La velléité de « *travailler toujours en lien avec [le quartier], tisser des liens avec la collègue issue du centre médicosocial de la Maison des Aînés et avec les infirmières* », l'existence de nombreux partenariats, ainsi que le lien tripartite, entre les professionnels,

avec les patients et les autorités de santé, formalisé par un projet de santé, confirment une dimension du lien tangible. En effet, les structures respectives consacrent « *un temps important de rencontres formelles et informelles* » dédié à « *l'animation des réseaux partenaires, qu'ils soient médico-sociaux, éducatifs ou culturels* », pour mieux se connaître et travailler ensemble (Rapport d'activité MS2 2020).

L'équipe de la MS2, « *très attachée [à] la prise en compte de la santé de manière globale, cette définition de l'OMS, c'est à dire pas juste l'absence de maladie mais aussi être bien dans sa vie, dans son milieu de vie, dans sa relation sociale.* », propose du soin, mais se pose également comme acteur « *du lien social* », par le biais d'ateliers ou d'éducation thérapeutique, auprès d'un public en mal « *de relai social* » (E2).

Les effets délétères de la crise de la COVID, sont soulignés à maintes reprises par E2 et E1 : « *l'arrêt des actions collectives* » ; « *l'isolement et les ruptures de soins et de lien social* » de la patientèle, ainsi que « *le lien fort entre les maisons de santé au niveau national et local, effacé par la crise* ». De nouvelles stratégies ont été pensées afin de préserver au mieux les liens pendant le confinement (Groupe WhatsApp, page Facebook, consultations de télé orthophonie, une émission TV santé en direct), nous voyons ici l'importance des NTIC comme facteur de lien. Cependant la remobilisation des publics, rendue difficile par « *la fracture numérique et la barrière de la langue* » (E2), qui touche la patientèle cible des quartiers prioritaires de la ville, nécessite de « *travailler à l'échelle partenariale et inter quartier* » (E1) la question du lien social.

3.2.3.2 Le confort : les conditions de travail

Les professionnels évoquent unanimement la difficulté de l'exercice isolé, le souhait de travailler autrement et de ne plus exercer seul : « *J'avais remplacé des médecins en campagne, ils avaient une vie que je trouvais une vie de dingue, des journées intenses, pas le temps de réfléchir [...]. Je n'avais pas du tout envie de travailler dans des conditions pareilles, j'avais envie de profiter de ma vie.* » (E5)

L'exercice en MSP offre « *la possibilité de faire dans de bonnes conditions son métier. Ça c'est déjà sympa* » (E5), ce qui résonne avec les justifications de E4 (un meilleur salaire, des conditions de travail plus confortables).

L'exercice en MSP laisse entrevoir la perspective d'une organisation agile et collective qui permet de rompre le sentiment d'isolement tout en offrant une rétribution satisfaisante et un sentiment d'autonomie chers aux professions libérales. En effet, E3 mentionne son appétence pour l'exercice libéral en MSP, qui offre un niveau de vie plus satisfaisant (« *en salariat, je n'ai pas les conditions de vie que j'avais envie d'avoir, les orthophonistes sont payés [...] au smic* »), et aspire à un fonctionnement organisationnel moins contraignant que ceux qu'il a connu en tant que salarié (« *le salariat implique des choses, qui moi, ne me conviennent pas [...], des N+2, des N+1, (...) faire un devis pour une boîte de Playmobil©. Ça ne m'intéresse pas. De devoir présenter X devis pour faire une formation, et devoir attendre six mois pour avoir l'aval de ma chef* »).

Également, le fonctionnement en MSP permet de « *mutualiser les moyens et les ressources* » (E5 et rapports d'activités MS1 (2021) et MS2 (2020)) et met à disposition des professionnels de santé des services d'accueil et de coordination, sources de confort dans l'exercice de leurs fonctions.

Il est à noter que la configuration immobilière peut générer des difficultés, en milieu urbain. Pour l'équipe de la MS2, « *la question des locaux est problématique* » ; en effet, « *il n'y a pas de confidentialité* » et « *une quinzaine de professionnels partagent six bureaux* » (E1). Tandis que la MS1 s'est installée en 2021 dans de nouveaux locaux spacieux et « *fonctionnels* », qui offrent plus de « *visibilité* » à la MSP et permettent notamment « *d'accueillir les internes dans de meilleures conditions* » (E5).

Néanmoins, la question du confort peut renvoyer à des dimensions moins matérielles, notamment celle du sens. « *Un questionnaire sur le confort* », soumis par la Fédération de l'exercice coordonné du Grand Est indique « *qu'il y a des gens qui sont dans un grand inconfort, ils n'ont pas compris où ils étaient et que ça ne leur parle pas et qu'ils n'adhèrent pas non plus au système. [Ils sont] venus là plus parce qu'on leur a demandé de venir, [où] les gens qui vont très bien les écrasent ou ne leur laissent pas le temps de parole, et qui se sentent, on va dire, presque obligés d'avancer à un rythme soutenu, ce qui les épuise. On est face à toutes les problématiques habituelles de groupes constitués [...] et de rythme du projet* » (E7).

3.2.3.3 L'activité et le sens

La qualité de l'activité et le sens sont intrinsèquement liés, dans la mesure où l'interprofessionnalité nourrit l'expertise nécessaire à la gestion de la complexité des besoins en santé et permet de produire une activité de qualité, correspondant aux attentes et valeurs des professionnels de santé. Le médecin (E5) corrobore ce propos :

« Je peux faire mon métier comme je le conçois, j'ai pas du tout envie de faire une médecine de complaisance et mon envie était que ma qualité puisse servir à quelque chose [...]. L'envie de participer à une dynamique qualitative, qui rend service à la santé [...], où chacun apportera son regard et pourra croiser les regards sur une situation donnée et répondre de manière plus pertinente, en tant que médecin, je n'ai qu'une réponse parcellaire. C'est ce genre de qualités qui sont présentes et qui sont attractives ! Vous voyez c'est très satisfaisant, ça donne envie. » (E5)

Effectivement, *« les professionnels ne veulent plus travailler [...] isolés dans leur coin et trouvent pertinent de côtoyer leurs confrères au sein de la structure parce que ça leur permet déjà de confronter leurs avis, de discuter du patient, de cas complexes et de se confronter aussi aux autres professionnels [...] et ça leur permet à eux-mêmes de s'éduquer et grandir. » (E7)* *« L'apport du point de vue extérieur »* lors *« des échanges interprofessionnels [...] est très enrichissant et très important dans la résolution de problèmes complexes. » (E2)* Concrètement, *« les résultats des études [...] menées, référencées sur CAIRN²² [indiquent] une différence nette entre cette modalité d'exercice et la modalité hors coordination », « un réel impact, plus significatif pour les patients » (E7).*

L'analyse des entretiens et des rapports d'activités des MSP respectives, renvoie au caractère vivant du travail, intrinsèque à *« l'évolution des besoins de santé », « la mouvance d'un projet de santé, des postes et des équipes » (E1)*, mais également *« aux envies des professionnels » (E1)*, *« aux désirs des porteurs, de ceux qui ont initié le projet » (E7)*. La diversité des parcours, contribue à donner une « coloration » distincte à chaque MSP : tous les coordinateurs du Grand Est, tous d'un niveau Master 2 (E7), présentent des parcours singuliers, éloignés de la coordination en santé : *« une formation juridique, une formation en psychologie [...], en sciences de l'éducation et ingénierie de la formation » (E7)*, un master en sociologie (E6) ainsi qu'un chargé de projet culturel (E4). Les équipes administratives ont également des parcours et formations hétérogènes, notamment les *« secrétaires accueillantes »* qui sont étudiantes en anthropologie ou en master de sociologie

22 Plateforme de référence pour les publications de sciences humaines et sociales.

(E1). Ainsi la diversité et la composition de la structure contribue au caractère unique et distinctif de la structure : « *Chaque maison de santé ne va pas à avoir les mêmes projets et [...] a fortiori, chaque maison de santé va avoir sa coloration.* » (E7)

« *Le mode de fonctionnement [des MSP] permet au projet de santé de vivre et d'évoluer, répondant avec fidélité aux priorités de santé identifiées lors du diagnostic initial, mais aussi capable de s'adapter aux nouveaux besoins ou nouvelles opportunités* » (Rapport d'activité MS1 2016). Le format opérationnel des MSP se prête à l'innovation et à la créativité, répondant à « *l'envie [des professionnels de santé] de faire les choses autrement [et de proposer] au-delà de la prescription d'autres choses pour améliorer le soin.* » (E7). Effectivement, les exemples sont nombreux : « *Un premier diagnostic de santé d'un territoire [sous la forme] d'une recherche-action qui s'intéressait à la satisfaction des personnes [...] et de leur attente en matière de santé* » (E5), « *peut-être le seul exemple en France [...] d'une structure hybride, dans laquelle fonctionnent une MSP et un centre de santé dentaire* » (E5). La crise sanitaire de la COVID-19 a suspendu les dynamiques d'innovation pour certaines MSP. « *A contrario* », pour les deux MSP étudiées, la pandémie a été source de créativité et d'innovations : des « *actions d'aller vers autour de la vaccination* » ont été menées par MS1, cette même « *maison de santé a été porteuse d'une CPTS²³ qui s'est ouverte en période COVID sur le territoire* » ; la MS2 a mis en œuvre des consultations de télé-orthophonie ainsi que TV Santé en Direct, une émission live pour partager des informations liées à l'épidémie de COVID-19, avec son public. L'animateur territorial de la Fédération de l'exercice coordonné (E7), précise la singularité des « *dynamiques [territoriales sur la commune], où les projets sont soutenus, portés et accompagnés, se font en partenariat avec tous les réseaux associatifs des quartiers, avec une logique associative* ». La dynamique des projets est soumise à son cycle de vie : « *le grand classique de la règle des 5/9. La lune de miel jusqu'à 5 ans. A 5 ans, émergent les premières questions. A 6-7 ans, c'est la crise de management et c'est là qu'il faut se poser des questions en général.* » (E7) ; cela mène à des périodes de changements, comme « *la réécriture du projet de santé qui arrive [...] pendant cette période post-crise, en redescende de dynamique* » (E4), ou « *l'intégration de nouveaux membres* » (E5). Cette dynamique est retrouvée également dans l'exercice lui-même, qui offre un « *double numéro d'équilibre entre la sécurité et du nouveau* » est source de satisfaction pour le coordinateur de MS2

23 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

(E1). Il y a « *suffisamment de routine pour que ce soit sécurisante et suffisamment de choses nouvelles qui s'ajoutent pour que ce soit toujours un peu entraînant, toujours un peu nouveau, toujours un peu au défi.* » (E1) ; le coordinateur de la MS1 (E6), séduit par « *l'attrait de la nouveauté* », par « *la complexité* », admet s'être « *pris au jeu de l'animation d'équipe, de la rencontre des partenaires, du montage des différents projets en interne* » ; E6 apparente son exercice à « *une boucle de rétroaction lui permettant d'investir à la fois les chantiers de la réflexion et de l'action* ».

Bien que tous les professionnels de santé expriment unanimement « *l'envie de ne plus travailler seul et d'exercer autrement* », leur motivation première à rejoindre la MSP renvoie d'avantage à des questions d'opportunités, de circonstances ou de rencontres, que d'une intention explicite : soit sollicités par les structures (« *Ce n'est pas moi qui m'y suis tourné vers l'exercice pluriprofessionnel mais c'est l'exercice pluriprofessionnel qui m'a choisi* » (E4) ; « *j'ai eu un appel du docteur x qui m'a proposé de les accompagner sur cette expérience de la coordination, [...] je n'étais pas formé à la coordination [...] je suis venu les rencontrer et puis du coup on a décidé de faire un bout de chemin ensemble.* » (E6)), soit « *soumis à des injonctions de pôle emploi* » (E7), soit une opportunité de quitter son emploi (« *je n'avais jamais entendu parler des maisons de santé. Je savais juste que je voulais quitter mon ancien [travail en] libéral, j'ai vu l'annonce et je me suis dit : tiens, ça à l'air cool et eux ça faisait quelques temps qu'ils cherchaient un orthophoniste donc la concurrence n'a pas été trop rude* » (E3)).

Néanmoins, les professionnels qui ont choisi de poursuivre leur exercice en MSP, entrevoient « *une richesse pour leur propre exercice : le côté touche-à-tout, couteau suisse* » (E4), « *un enrichissement de leur pratique* » (E3), « *le plaisir de ces moments de réussite, de ces rencontres, beaucoup de plaisir dans ce qui peut se passer* », ainsi qu'« *une dynamique qualitative, qui rend service à la santé [...]. C'est ce genre de qualités qui sont présentes et qui sont attractives ! C'est très satisfaisant, ça donne envie quoi.* » (E5) Les professionnels renvoient à une dynamique de collaboration basée sur la solidarité et non sur les notions de compétition ou de coopération.

A. « *Vous êtes sur des relations de collaboration ou coopération ?*

E4. *Collaboration, complètement* »

E7, explique que les MSP « *sont sur deux modèles* », celui de la coopération et de la collaboration et précise que « *tous les cas de coopération n'ouvrent pas à la collaboration* ». En ceci, E7 confère une implication plus grande de la collaboration par

l'effort auquel il fait référence, par l'engagement mutuel des acteurs, qui se situe au-delà du consensus, relatif à la coopération (cf. p.9).

3.2.4 La coordination

L'analyse des entretiens confère à la fonction de coordination en maisons de santé un rôle central dans la construction des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle ainsi que dans celle d'un écosystème favorable au bien-être, au sein des deux MSP. La fonction de coordination est considérée comme « *essentielle* » ; elle « *structure* », « *permet de poser et d'accomplir les éléments du projet de santé* » (E5) (gestion administrative et dossiers de financement (E7)), « *sollicite, fait avancer les choses, provoque les rencontres, et garantit cette coopération régulière, par son organisation, par sa présence, par les liens qu'elle tisse* » (E5).

La coordination présente un double enjeu en termes d'animation des interactions : la recherche d'une mise en cohérence, en donnant de la « *substance et de la réalité* » (E5), en « *recentrant* » les professionnels autour « *d'une vision commune* », et en les accompagnant dans « *la prise de décision démocratique* » concernant l'orientation du projet ; le second enjeu consiste à « *faire vivre le projet* » (E4) et « *le dissensus* » (E3), en « *irriguant au cours des discussions, au cours des projets, l'intérêt du projet collectif, ses nuances* » (E6), et ainsi de rendre le travail vivant. Il s'agit « *parfois, tout simplement, d'aller voir un professionnel et lui demander comment il va, comment ça avance, est-ce qu'il a des difficultés, si on peut l'accompagner* » et « *de prêter attention aux moments informels, aux échanges entre deux portes, à ce qu'il se dit en pause-café parce que c'est aussi dans ces moments-là* » qu'on « *entend des choses* » sur les dynamiques internes. (E6)

« *La coordination c'est indispensable et en même temps, [...] assez invisible.* » (E4)
« *La fonction de coordination crée une fonction un peu particulière, un peu à part, d'interface qui se rapproche quand même d'une fonction de management parce qu'on est en charge de la dynamique de l'équipe, parce qu'on est en charge de la vie du projet de santé, parce qu'on coordonne, on assure le partage de l'information, parce que j'accompagne mes collègues sur des missions RH, il y a une espèce de truc comme ça, cette espèce d'objet non identifié* ». « *Le fonctionnement très horizontal et puis forcément, ce truc un peu hiérarchique* », où « *la relation hiérarchique, elle est inversée parce que je suis*

censée manager mes employeurs » (E4) et de fait « on se retrouve avec des libéraux qui sont employeurs, et implique d’avoir des employés à qui rendre des comptes. » (E6). Cela implique ainsi un positionnement managérial un peu « schizophrénique » (E4).

Cette fonction centrale dans la régulation des dynamiques et dans la construction d’un bien travailler ensemble, sera d’avantage explorée lors de la discussion qui suit.

4 DISCUSSION

4.1 Premiers constats

L’analyse des dynamiques de collaboration selon le modèle de D’Amour indique que les deux structures étudiées, intégrées dans l’écosystème des soins primaires depuis 2014, présentent un niveau élevé de collaboration interprofessionnelle, définie comme « active » par D’Amour (niveau 3), autrement dit plus abouti que la collaboration en construction de niveau 2 ou celle en inertie de niveau 1 (cf. annexe XIII).

En effet, la confrontation du matériau empirique avec les variables de la collaboration de D’Amour (cf. annexe XIII), m’amène à rendre compte d’une vision et de finalités communes centrées sur le patient, d’un leadership consensuel et partagé, avec la formalisation d’un cadre théorique structuré qui encadre l’activité collective ainsi que l’usage d’outils de partage d’information et l’existence d’espaces de communication formels et informels. Bien que la motivation première à rejoindre les MSP étudiées relève d’avantage d’opportunités ou de concours de circonstances, les professionnels expriment unanimement le souhait de ne plus travailler seuls et d’exercer leur métier autrement afin de répondre aux évolutions en matière de santé ainsi qu’à leurs nouvelles aspirations en termes de qualité de vie. Cette volonté coïncide avec le virage « d’une culture libérale, individuelle et monoprofessionnelle à une culture plus contractuelle, collective et pluriprofessionnelle »²⁴. La fidélisation des professionnels s’explique par la mise en perspective des quatre dimensions des conditions du bien-être au sein d’un collectif, au sens d’Abord de Chatillon, lesquelles s’observent sur mon terrain comme nous avons pu le

24 Concours PluriPro- magazine professionnel. Magazine de l’exercice coordonné. Une « dépendance des autorités sanitaires » interview Anne Moyal ; Mars 2020

constater précédemment : un travail accompli en cohérence avec leurs besoins et valeurs (Morin et Gagné, 2009) ; la qualité des relations tissées au travail (le lien), ainsi que le sentiment de bien faire leur travail dans de bonnes conditions (l'activité et le confort). Néanmoins, la crise sanitaire a abîmé le lien social avec les publics cibles et les partenaires ; les équipes œuvrent à reconstruire ce dernier, en valorisant les contributions et innovations issues de l'action collective (cf. p. 33) Les coordinateurs des deux structures, ont exprimé un souci constant à prendre soin des professionnels et des métiers, ainsi qu'à leur qualité de vie au travail. La période pandémique, entérine un management fondé sur une confiance réciproque, qui imprègne les pratiques managériales (Frimousse et Peretti, 2021).

L'intérêt pour la collaboration interprofessionnelle, exprimé unanimement par les participants, reflète la conviction largement partagée que l'exercice coordonné offre la possibilité d'obtenir des résultats qui ne pourraient pas être atteints par des individus travaillant isolément (Jackson et Susan, 1996) ; en rupture avec l'exercice isolé, l'exercice coordonné offrirait également un cadre de travail et des conditions d'exercice attractives pour des professionnels de santé qui aspirent à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Les collaborations avec des professionnels issus d'une grande diversité disciplinaire, qui mobilisent différents champs de connaissances et de compétences (Shibayama, Baba et Walsh, 2015), seraient vectrices de performance et d'expertise, dans la résolution de problèmes complexes. Effectivement, comparativement à l'exercice isolé, certains travaux scientifiques montrent que la qualité de services ainsi que la performance sont bien plus élevées dans l'exercice en maison de santé, sur les sites les plus intégrés, qui présentent de fortes dynamiques collaboratives (Mousquès et Bourgeuil, 2014). En 2014, une étude de l'Université de Warwick (UK), confirme le lien entre performance et bien-être au travail. Selon Nic Marx, fondateur de la Happy Works, les professionnels heureux au travail, sont plus engagés dans leur activité, et également plus proactifs dans l'identification et la résolution de problème²⁵.

25 <https://yoliyas.fr/quest-ce-que-le-bonheur-au-travail/> Consulté le 04/08/2022

4.2 Les politiques favorables à la l'essor des MSP et à la qualité de vie au travail

Les MSP, considérées comme « une solution, voire la solution » (Garros, 2009 ; Dépinoy, 2011), pour maintenir une offre de santé de proximité satisfaisante, sont ainsi devenues incontournables dans le paysage des soins de proximité en France. Les derniers chiffres disponibles indiquent que les MSP, au nombre de 2018 sur le territoire français²⁶, comptent 14200 professionnels installés²⁷, lesquels assurent le suivi médical de 4 millions de patients adultes²⁸. L'essor de l'activité témoigne de l'attractivité et des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle face à la complexité des enjeux démographique et épidémiologique.

En 2018, 35,6 millions d'euros ont été alloués aux maisons de santé, soit 30% de plus qu'en 2017. En 2021, une nouvelle ordonnance assouplit d'avantage le cadre juridique, et permet ainsi au modèle d'exercice libéral en MSP de s'ouvrir au salariat²⁹. Ces politiques et financements incitatifs de grande ampleur, attestent d'une forme de dépendance des autorités de santé vis-à-vis de ces dispositifs innovants (Moyal, 2019), et promettent un cadre peu contraignant. Les professionnels peuvent investir cette coquille souple ; la diversité des profils et des compétences de chacun façonne la dynamique autour d'un projet de santé personnalisé, et donne une coloration unique à chaque MSP. Cette marge de manœuvre dans l'activité ouvre sur la perspective d'un travail vivant, où le pouvoir d'action du collectif sur un environnement aux contingences mouvantes, est source de qualité de vie au travail (Colle, 2017), en nourrissant l'estime de soi et la confiance en soi des professionnels (Abord de Chatillon et Richard, 2015, p. 56). Cette sensation de liberté à cocréer dans une enveloppe souple, a été effectivement précisée explicitement par les professionnels. Néanmoins la réalité est parfois éloignée des promesses institutionnelles. Les aides à la création d'une MSP, qui « suppose un travail d'ingénierie de projet complexe, avec des aspects juridiques, logistiques, financiers, managériaux » (DREES, 2021, p.56)

26 <https://www.gouvernement.fr/les-actions-du-gouvernement/sante-famille-handicap/je-cherche-une-maison-de-sante-un-centre-de>. Consulté le 08/06/2022

27 Source CNAM 2021

28 Source CNAM 2019

29 Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

sont arrivées tardivement, et le temps investi dans la coordination demeure insuffisamment financé, comme nous l'avons abordé dans la partie portant sur l'analyse des résultats.

En 2020, la municipalité d'implantation des maisons de santé étudiées, a renforcé son soutien en doublant son engagement financier à hauteur de 100000 euros par projet ainsi qu'en accompagnant le montage et le développement des structures, par l'adoption d'une convention cadre. Portées par une dynamique politique locale, trois nouvelles structures sont en cours de création sur le territoire, dont une sera opérationnelle à l'automne 2022³⁰. Cette politique locale fait écho à un rapport du Sénat de 2017³¹, qui propose d'assister les porteurs de projet dans la structuration des maisons de santé par la « création de cellules d'appui à l'ingénierie de projet » au sein des ARS.

La qualité de vie au travail bénéficie également d'un appui politique et s'inscrit dans les textes législatifs français. L'Arrêté du 15 avril 2014, entérine « les dispositions de l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013, vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle³² ».

4.3 Bâtir l'interprofessionnalité.

L'interprofessionnalité est un jeu exigeant, qui astreint à de nombreuses remises en question professionnelles et personnelles, afin de construire un cadre de travail propice au bien-être et aux dynamiques collaboratives. Les modalités des interactions, s'enracinent dans les rôles, statuts, cultures et expériences des professionnels (Policard, 2014). Ainsi, l'exercice en maison de santé relève d'un « choc culturel » du fait des transformations des pratiques professionnelles qu'il génère (Fournier et *al.*, 2014), « en rapport au modèle libéral médical et paramédical traditionnel » (*Ibid.*, p.24). S'il me paraît central de relever ce facteur très présent dans la littérature, il convient de préciser que l'enquête n'a cependant pas permis de mettre cela en exergue. En effet, les relations interprofessionnelles ont été décrites comme étant plutôt fluides par les participants, de manière générale. Les structures étudiées, fortement intégrées depuis 2014 dans le maillage territorial, présentent toutes

30 Afin de respecter la clause d'anonymat, je ne peux citer l'article qui renseigne ces données.

31 Rapport d'information N° 686 du SENAT 2016-2017 - Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 juillet 2017 - Par MM. Les sénateurs Jean-Noël CARDOUX et Yves DAUDIGNY

32 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000028867633/> site consulté le 27/07/2022

deux des niveaux de collaboration élevés (collaboration active, définie par D'Amour), avec une structuration des modalités de collaboration aboutie, qui peut expliquer la fluidité des interactions. Comme je l'ai déjà précisé, il est fort probable que cela soit lié au biais de sélection des personnes interviewées, aux profils très « engagés » en lien avec leur fonction politique dans les organisations. J'émetts l'hypothèse qu'une investigation sur des structures à plus faible niveau de collaboration, avec un panel de participants plus diversifiés, m'aurait probablement amené à confirmer la tendance décrite dans la littérature scientifique.

Une collaboration interprofessionnelle effective et spontanée exige de connaître les champs de compétences propres à chacun et d'apprendre à travailler ensemble. Il s'agit de sortir d'une pratique en silo et de s'acculturer à de nouveaux modes de travail collectif et ce, dès l'entrée en formation, conformément aux recommandations émises par l'OMS en 2010³³. L'analyse du discours de l'un des médecins rencontrés corrobore celles formulées dans la littérature scientifique. Celui-ci évoque en effet des dispositifs de formation initiale de chaque corps professionnel encore trop segmentés, où l'abord de la collaboration interprofessionnelle demeure à l'état embryonnaire. Afin de rattraper un retard dans le développement de formations pluriprofessionnelles en santé, la stratégie « Ma santé 2022 » prévoit³⁴ un plan de réformes des études de santé, qui encourage le décloisonnement des filières de santé, en proposant des tronc communs de formation. Nonobstant, ces changements profonds se heurtent à des difficultés quant à l'intégration effective de sessions interprofessionnelles, du fait de financements précaires qui ne peuvent garantir la pérennité des solutions pédagogiques³⁵. Des innovations pédagogiques sont expérimentées, telles que des Campus Santé qui émergent à Rennes, Strasbourg et Angers notamment. Ainsi, le pôle santé territorial de Strasbourg propose un enseignement pluriprofessionnel, constitué d'un bloc transversal commun, dont des séances de simulation, un module dédié à l'apprentissage des compétences de chacun et à sa relation au patient, ainsi que la co-construction d'un projet de santé à partir d'un diagnostic territorial de l'ARS³⁶. Le département de médecine générale et du laboratoire Education et Bonnes Pratiques de santé

33 <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice> -site consulté 07/07/2022

34 <https://www.ars.sante.fr/media/40158/download?inline> – site consulté le 02/08/2022

35 Concours Pluripro - magazine de l'exercice coordonné-Dossier Formation initiale et continue : l'interpro, un enjeu majeur - vers la fin de la formation initiale en silo- 15 février 2020

36 Cf. note de bas de page 35

de la Sorbonne réunit en interprofessionnel, les étudiants de dernière année autour de l'élaboration d'un parcours de soin d'un patient Mentor³⁷.

L'interprofessionnalité relève également d'une volonté individuelle à entrer dans une dynamique collective (Fournier *et al.*, 2014), et ne peut prendre forme que si chaque professionnel, est convaincu de l'efficacité de la démarche ; cela implique également à mon sens, que chaque acteur accepte que l'autre regarde et questionne sa propre pratique.

Les médecins généralistes, *gatekeepers*, s'affirment « comme les orchestrateurs des prises en charge pluriprofessionnelles en soins primaires » (Moyal, 2019, p.106). En effet, « la logique de domination professionnelle des médecins pèse encore considérablement sur le contenu et la répartition des responsabilités et des tâches qui sont dévolues aux autres métiers du soin. » (Pascal et Capgras, 2020, p. 317) Malgré l'apparition d'une culture de la coordination fondée sur un discours plus égalitaire entre les professionnels, mon analyse révèle la persistance d'une « crainte de rejouer la domination médicale »³⁸, qui s'illustre par le fait que les modes de calcul des NMR restent difficilement compatibles avec l'exercice coordonné, car fondés sur une logique médico-centrée (cf. p.28). Des luttes de pouvoir peuvent émerger et impacter tant la dynamique du collectif que la construction du bien-être au travail ; ainsi la formalisation des rôles et responsabilités de chacun par des outils RH, fiches de postes, chartes éthiques, règlement intérieur (cf. p.23 et Annexe XV), est un prérequis à une collaboration interprofessionnelle effective (Sims, Hewitt et Harris, 2015), et permet également de réguler les jeux de pouvoir. La construction de la pluriprofessionnalité est aussi portée par le manager qu'est le coordinateur. Néanmoins, D'Amour précise un investissement affectif, chronophage et énergivore dans la gestion des contours du travail de collaboration ainsi que dans la régulation des luttes de pouvoirs (1999). La fonction de coordination semble de ce fait très exposée dans la gestion des relations humaines ; ainsi un coordinateur (E5) illustre par des métaphores symboliques, et apparente sa fonction à un blob, un « *truc tout mou où on peut accueillir les choses* », et évoque le « *syndrome du Saint Bernard, qui sauve les équipes* ».

37 Cf. note de bas de page 35

38 Concours PluriPro – magazine de l'exercice coordonné - Gaëlle Desgrées du Loû - 14 avril 2020

4.4 Une nécessaire coordination

La construction de dynamiques collaboratives ainsi que les conditions de bien-être au travail, ne vont pas de soi et impliquent des mécanismes de coordination. Celle-ci est rendue nécessaire, dès lors qu'il y a division des tâches entre plusieurs individus (Mintzberg, 1979), elle réfère à l'organisation d'un « travailler ensemble » et à l'intégration des différents moyens et acteurs, autour d'un projet ou d'un objectif commun.

Alsène et Pichault (2007, p. 66-67) analysent la coordination organisationnelle, non comme « une intégration d'activités séparées » ou encore comme « une facilitation d'activités interreliées ». Selon ces auteurs, la coordination réfère *in fine* à « une recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individus » dans la répartition des ressources et des tâches dans un souci de performance et d'équité, l'harmonisation des activités autour d'une vision commune et l'orchestration de chaque action d'une organisation.

En effet, la qualité de la collaboration interprofessionnelle et de ses résultats dépend de la capacité des acteurs à mobiliser leurs connaissances et leurs savoir-faire, de manière coordonnée. La coordination des activités interdépendantes est essentielle à la collaboration (Jassawalla et Sashittal, 1998) et aux équipes (Mc Crath et Argote, 2001). En l'absence d'une coordination suffisante, les professionnels peuvent être en incapacité de tirer parti de leur expertise (Bunderson et Sutcliffe, 2002). Ainsi la coordination améliore les performances des équipes dans la réalisation de tâches innovantes (Hoegl et Gemuenden, 2001) par le biais de mécanismes informels et participatifs (Olson, Walker et Ruekert, 1995) et par la diffusion opportune d'informations liées au projet (Hauptman et Hirji, 1999). L'analyse de mes résultats concorde nettement avec la documentation académique. Nous avons vu en effet que la coordination est considérée comme structurante et essentielle, notamment en termes d'accomplissement des axes du projet de santé (cf. p 35). L'un des médecins interviewés (E5) a d'ailleurs précisé que certaines situations ingérables dans l'exercice isolé, pourraient être traitées sous couvert d'un regroupement interprofessionnel coordonné. La coordination interprofessionnelle de l'action collective exige la construction d'un cadre de référence partagé, par l'adoption d'un langage commun et de logiques coopératives dans la résolution de problèmes (Wittorski, 2007). Néanmoins, cette mise en cohérence des acteurs, autour de routines (protocoles, cadre référentiel), qui codifient les apprentissages et les meilleures pratiques professionnelles et régulent l'action

collective est nécessaire, mais insuffisante, dans le cadre d'« un processus d'interaction sans cesse renouvelé » (Beaucourt et *al.*, 2014, p.62).

Effectivement, de « nouveaux modes de penser et d'agir l'action collective » (*Ibid.*) émergent de ces terrains où s'expérimentent de nouvelles pratiques professionnelles et organisationnelles. Afin de répondre à des besoins en matière de santé changeant dans un environnement incertain, une mise en cohérence trop figée risque d'altérer la dynamique, la créativité et l'innovation inhérentes à l'action collective. Beaucourt précise que « les professionnels ont certes besoin de repères pour agir mais aussi d'une mise en débat permanente de leurs représentations, de leurs moyens d'actions et de leurs modes d'interactions. » (*Ibid.*) ; l'entretien et l'animation de ces controverses professionnelles autour de la qualité d'un travail collectif, contribue à maintenir le travail vivant (Gomez, 2013), et ainsi à construire les dynamiques de la collaboration interprofessionnelle, de même que les conditions du bien-être au travail. Cela nécessite l'aménagement d'espaces collectifs d'échange et de rencontre au sens de Destchessahar (1999), afin de favoriser des confrontations croisées (Clot, 2011), de manière cordiale et harmonieuse (Haddara et Lingard, 2013 ; Leathard, 2003 ; Reeves *et al.*, 2016). Gittel (2002) propose le concept de coordination relationnelle (cf. annexe XVII) où les professionnels interagissent et collaborent de manière plus spontanée, dans des espaces formels (réunions d'équipe et de concertation pluriprofessionnels) et informels (machine à café, couloir, hors cadre professionnel). La coordination, qui s'effectue par le biais de relations caractérisées par des objectifs communs, des connaissances partagées et un respect mutuel, reflète le rôle que joue une communication fréquente, opportune, axée sur la résolution des problèmes. Ainsi, « la conception d'un emploi fondé sur les principes de la motivation humaine, la communication claire et transparente, le sentiment d'appartenance et de fierté dans l'entreprise sont autant de facteurs qui contribuent à bâtir une équipe plus solidaire et plus satisfaite.³⁹ » (Boniwell)

39 Robert Half Le secret des entreprises et des collaborateurs épanouis - page 2 : [Le bonheur au travail, tout le monde y gagne \(roberthalf.be\)](https://www.roberthalf.be/) Site consulté le 06/06/2022

4.5 Les apports de la recherche

L'analyse des résultats par le croisement des deux modèles, m'amène à considérer que les dynamiques de collaboration interprofessionnelle et les conditions du bien-être sont intrinsèquement corrélées. **Cela m'amène ainsi à répondre par l'affirmative à la problématique formulée, laquelle visait précisément à questionner l'éventualité de cette corrélation.** Il s'agit notamment de l'interconnaissance et la confiance réciproque (modèle de D'Amour, 2008), nécessaires à la construction du lien (Abord de Chatillon, 2015) et dans la prise de conscience des interdépendances des professionnels (l'internalisation au sens de D'Amour). Les valeurs de chacun s'inscrivent tant dans la structuration d'une vision commune, que dans celle de la dimension du sens, comme l'entend Abord de Chatillon. Également, la définition des rôles et les responsabilités de chacun par les outils de formalisation développés par MS1 et MS2, concourent à la dynamique de la collaboration interprofessionnelle ainsi qu'aux conditions du bien-être au travail, en proposant un instrument de régulation des jeux de pouvoir.

L'aménagement d'espaces de travail, à savoir des « lieux de communication, d'échanges, d'apprentissages et d'expériences collectives » (Abord de Chatillon, 2020), est un instrument commun à la structuration de la dynamique de collaboration et à celle des conditions du bien-être.

La mise à jour des dimensions interconnectées de la dynamique et du bien-être, et d'un instrument commun à leur construction, peut conduire à la conception d'un nouvel outil de gestion, permettant d'identifier le niveau des dynamiques de la collaboration interprofessionnelle corrélées aux quatre dimensions du bien-être au travail, poser un diagnostic et ainsi définir un plan d'action visant à les renforcer.

Il serait intéressant de confronter les résultats de mon analyse par une méthode d'observation et ainsi d'apprécier l'opérationnalisation des dynamiques de collaboration et des processus nécessaires au bien-être au sein des espaces de discussion formels et informels (l'animation des interactions, la capacité de chacun à investir ces espaces, les modalités de prise de décision, l'expression d'un bien-être ressenti). Il s'agirait de tester ce nouvel outil, mentionné plus haut, sur des structures présentant des niveaux d'intégration et de collaboration distinctes, et ainsi d'infirmer ou de confirmer la corrélation des deux modèles sur un panel plus large de modes de gouvernance des MSP.

4.6 Les préconisations managériales

La lecture et l'analyse des résultats des deux MSP investiguées m'amènent à mettre en exergue des recommandations.

4.6.1 La communication

La proximité géographique et cognitive, les NTIC ainsi que la mise en œuvre d'espaces d'échanges formels et informels, sont les constituants d'une communication fluide et interactive.

Une étude sur le secteur tertiaire, portant sur les équipes travaillant en distanciel (Cramton et Webber, 2005), indique que les interactions à distance peuvent amoindrir la coordination des acteurs ainsi que la performance collective ; la proximité physique, notamment par un agencement des MSP en mono-site, serait vectrice d'efficacité des groupes de travail, en favorisant une proximité cognitive et affective via des échanges formels ou informels (Michinov, 2008). Néanmoins, l'existence et l'usage opportun d'outils de communication et de partage d'information labellisés et sécurisés (système d'information, messagerie sécurisée), permettent de collaborer efficacement en contournant ces contraintes géographiques. Il convient donc de respecter un juste équilibre entre proximité physique et usages d'outils numériques favorisant les échanges à distance et la traçabilité de ces échanges.

Afin de rendre effectives la collaboration interprofessionnelle ainsi que l'émergence des conditions du bien-être au travail, l'interconnaissance professionnelle et personnelle ainsi qu'une confiance mutuelle, se révèlent essentielles et nécessitent de favoriser des interactions sociales « de qualité » entre les professionnels, par le biais d'espaces d'échange formels ou informels (Detchessahar, 1999). L'investissement des professionnels dans ces espaces de discussion contribue à la construction du lien professionnel (Bertrand et Stimec, 2011 ; Conjard et Journoux, 2013 ; Detchessahar, 2011,2013 ; Richard, 2012), ainsi que celle de la qualité de l'expérience de travail. Dans ces espaces, il ne s'agit pas uniquement d'engager les équipes dans un processus de normalisation, qui les enfermerait dans des modes d'actions habituels, mais de créer des espaces « de mise en débat », ouvrant sur l'innovation et le développement de nouvelles pratiques. Ainsi, les coordinateurs porteront

une attention particulière à l'animation d'interactions, afin de co-construire des espaces de travail « vivants », vecteurs de sens, de valeurs (Molinier et Flottes, 2012), d'accomplissement et de plaisir (Morin, 2009) pour les professionnels⁴⁰.

4.6.2 Gouvernance collégiale et pilotage souple

Afin de faire vivre ces lieux d'échanges, la structure organisationnelle privilégiera une structure plate, de type adhocratique (Mintzberg, 1982), favorisant une prise de décision collégiale, où chacun peut exprimer son opinion sur les questions à traiter, par opposition à une structure traditionnelle, plus hiérarchisée. Dans une structure adhocratique, le mode de management réfère *in fine* à un leadership partagé faisant l'objet d'un large consensus, voire d'un leadership réparti en fonction des compétences et des aspirations de chacun des professionnels. Ainsi, l'acquisition d'une culture organisationnelle collective, orientée vers un management participatif, me semble indispensable à l'émergence de pratiques collaboratives (Hogan, 2012 ; Virtanen, 2012) innovantes et performantes (Hann et al., 2007 ; Cohen et al., 2004 ; Marshall et al., 2003 ; accompagner les professionnels dans la construction d'un écosystème propice au consensus, sans affecter leur créativité et leur motivation, et ainsi de pouvoir questionner l'offre de service, le rôle/la place de chacun et d'ajuster l'action collective aux besoins mouvants. Le coordinateur a davantage une fonction de management de la collaboration plus que d'optimisation des compétences et expertises individuelles, dont l'émergence et le développement sont dévolues aux professionnels avec autonomie.

4.6.3 Les outils d'aide à la décision

Dans un contexte de rationalisation et d'optimisation de la performance, un cahier des charges s'impose aux maisons de santé, lesquelles contractualisent avec l'ARS afin de percevoir des aides financières publiques. Ainsi, « chaque maison doit élaborer un projet de santé, définir un projet professionnel et finaliser un projet immobilier, de façon à choisir

⁴⁰ <https://mediablog-coaching.com/recherche-developpement/qualite-de-vie-au-travail-qvt-theorie-concept-et-dimensions-1-3/> - consulté le 31/07/2022

son design et clarifier ses enjeux » (Baudier et Clément, 2009, cités par Beaucourt, 2020, p. 64).

Le projet de santé des MSP, avalisé par l'ARS, engage les professionnels à répondre aux besoins de santé d'un territoire défini, conformément aux orientations précisées par les autorités de santé. Considéré comme l'ADN de la structure, le projet de santé précise les indicateurs cibles de chaque axe de santé mis en œuvre, et constitue ainsi un cadre de travail. Le projet professionnel, intégré dans le projet de santé, précise le statut juridique, l'organisation de travail et les outils de l'interprofessionnalité (réunions, système d'information, usages du dossier médical partagé).

D'autres outils co-existent et contribuent à bâtir un cadre de travail et à préciser le rôle et les responsabilités de chacun. En complément des outils traditionnels que sont le règlement intérieur et les fiches de postes, une charte éthique interprofessionnelle précise la philosophie de l'équipe, ainsi que ses visions et objectifs partagés. Une matrice de maturité (cf. annexe XVIII), outil d'amélioration des pratiques proposée par la HAS, inspirée du modèle de Shortell, (cf. annexe XIX) témoigne de l'engagement dans une démarche qualité. Cet outil de gestion rend compte du niveau de maturité de l'équipe et de sa dynamique corrélée à quatre axes (stratégique, structurel, technique et culturel). Des supports techniques mis à disposition par la HAS⁴¹, permettent de définir des mesures correctrices en fonction du diagnostic et ainsi d'accompagner les équipes dans cette démarche qualité.

Les outils de gestion, gages de l'efficacité de l'action managériale, assignent une fonction aux professionnels, normalisent et structurent leur conduite et leurs modes de coordination et spécifient un système de valeur par la définition d'indicateurs de performance (Moison, 2005) ; de ce fait, les rôles et procédures sont formalisés, l'action collective est régulée et encadrée. Ainsi, ce cadre accompagne la transformation des pratiques professionnelles, et s'avère d'autant plus nécessaire pour intégrer les nouveaux professionnels, issus du secteur libéral, peu enclins ou préparés à la collaboration interprofessionnelle (Dobson et *al.*, 2002).

⁴¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/17_04_2018_mm_boite_outils__vd.pdf
Supports - Matrice de maturité (has-sante.fr). Sites consultés la première fois le 05/04/2022

4.6.4 Soutenir l'apprentissage de l'interprofessionnalité

L'apprentissage de l'interprofessionnalité en MSP s'effectue par le partage d'expériences entre pairs, idéalement d'égal à égal, sur un modèle de *peer-production* (Benkler, 2002), lors de rencontres entre maisons de santé, et en interne, dans les espaces de discussions formels et informels où les regards et expertises se croisent. C'est ainsi que l'interprofessionnalité et les liens se construisent (réunions de concertation pluridisciplinaires, pauses-café). L'animation des réseaux partenaires, l'accueil de stagiaires, les formations continues auxquels participent les professionnels contribuent à bâtir une culture interprofessionnelle ainsi qu'à offrir plus de visibilité aux maisons de santé.

Nous avons vu précédemment la nécessité de tendre vers la transversalité des formations des professionnels de santé ; il s'agit également de former les nouveaux métiers de la coordination en matière d'accompagnement des équipes dans l'interprofessionnalité et vers la professionnalisation des dispositifs. Issue d'un partenariat entre la HAS et de l'EHESP ; la formation PACTE Soins Primaires (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe), vise à renforcer les compétences des coordinateurs à travers des apports théoriques, des outils pratiques et un partage d'expériences⁴². En fédérant les professionnels autour d'objectifs communs et de processus de travail, le rôle du coordonnateur est au fondement de la mise en synergie des acteurs et du projet. Souvent initiée par des professionnels de santé et financée par les nouveaux modes de rémunération, la très discrète fonction de coordination, requiert d'être reconnue et soutenue par les professionnels, afin de la rendre effective.

42 <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/pacte-soins-primaires-coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins/>

CONCLUSION

L'aménagement d'espaces favorables à la proximité cognitive, à la construction d'une vision commune et partagée, à une gouvernance collégiale, permettant une prise de décision collective dans un climat de confiance et de solidarité, est un élément central qui participe à l'émergence des conditions du bien-être et des dynamiques collaboratives. Ainsi la collaboration interprofessionnelle en MSP peut tant concourir à la performance collective qu'à l'épanouissement de chacun *via* la satisfaction d'un travail accompli, vecteur de sens et favorisant une activité de qualité. Ce travail de recherche rend compte *in fine* de la corrélation significative des dimensions du bien-être et des dynamiques de collaboration interprofessionnelle et de leur construction, au sein de MSP, présentant des niveaux de collaboration élevés, au sens de D'Amour. Nous répondons ainsi par la positive à la question de recherche soulevée concernant la corrélation entre les dynamiques de la collaboration interprofessionnelle et l'attention portée aux dimensions de bien-être au travail. Il s'agit de perfuser le projet d'un juste dosage entre communication, intégration, écoute et respect, équité et soutien, le partage d'objectifs communs.

Néanmoins, la complexité de la structuration des projets, les contraintes en termes de gestion administrative, les risques financiers et les conflits interpersonnels, rendent l'exercice potentiellement précaire et ardu. Les conditions des MSP à s'inscrire de manière stable dans ces transformations, exigent une stratégie de coordination cohérente, l'usage d'outils managériaux et de coordination appropriés (NTIC notamment), des compétences en ingénierie de projet, ainsi qu'un investissement constant de l'ensemble des acteurs. Il s'agit ainsi de co-construire un écosystème sécurisé et dynamique, cadré tout en restant souple ; d'assurer un subtil équilibre entre consensus et dissensus, et ainsi alimenter une « *boucle de rétroaction permettant d'investir les chantiers de la réflexion et de l'action* » (cf. p. 34).

L'analyse témoigne également de l'impact de la crise sanitaire, qui a bousculé les dynamiques organisationnelles, et a abîmé un lien social à reconstruire avec les publics et partenaires, sur les zones périurbaines défavorisées. Dans ce contexte, les équipes des MSP ont dû innover, en s'appuyant sur l'intelligence collective et la solidarité entre professionnels ; ainsi la pandémie a agi comme un révélateur du pouvoir d'action des acteurs de proximité sur les territoires, mettant ainsi en relief leur capacité à répondre à des

enjeux sanitaires et sociaux. La pandémie a aussi mis en exergue l'importance du lien interprofessionnel comme valeur fondamentale commune dans les MSP, ce qui présente un levier managérial pour le coordinateur.

Les biais identifiés de la recherche, invitent cependant à confronter mes résultats par une méthodologie d'observation, au sein des espaces et « lieux de communication, d'échanges, d'apprentissages et d'expériences collectives » (Abord de Chatillon, 2015, p. 61), de MSP témoignant de dynamiques de collaboration plus différenciées, moins abouties que celles étudiées. La création de nouvelles MSP sur le territoire étudié représente une opportunité de tester cette approche et d'affiner les résultats de mon étude, par une méthode d'observation.

L'analyse révèle des dynamiques de collaboration corrélées à un bien-être au travail, au sein des MSP étudiées ; cependant les résultats nécessitent d'être nuancés en élargissant la focale à une approche plus inter-organisationnelle. En effet, des études récentes mettent en exergue des tensions centrales dans le processus de transformation du système de santé. Dans un contexte de cloisonnement ville-hôpital persistant, les professionnels de santé exerçants en MSP, se heurtent encore aux logiques de spécialisation (Pedrot et *al.*, 2019). Ainsi dans une logique de coordination de parcours de soins dépassant les contours de la seule MSP, « la structure ne fonctionne plus comme un système captant » (*Ibid.*, p124). Les modalités de prise en charge du patient se font ainsi de manière plus décousue et désordonnée.

Afin de rendre compte des dynamiques de collaboration inter-organisationnelle, nous pourrions mobiliser une approche d'évaluation de type « *valued based health care* » par la mise en œuvre de la méthode TDABC (*Time Driven Activity Based Costing*) (Kaplan et Porter, 2011). Cette adaptation de la méthode ABC permet de mesurer les résultats qui comptent réellement pour le patient. Bien que chronophage et difficile à réaliser, la méthode TDABC vise à dégager des axes d'améliorations dans une démarche processuelle et d'une logique de parcours complexe, centrée sur le patient et ses attentes.

Bien que les maisons de santé soient encore souvent considérées comme « la solution » (Garros, 2009 ; Dépinoy, 2011) pour maintenir une offre de santé de proximité satisfaisante, il ne s'agit en aucun cas d'une réponse unique.

Afin d'accompagner les transitions du système de santé vers plus d'efficacité et de fluidité, les politiques de santé soutiennent le développement d'initiatives alternatives et

innovantes, dans une logique de « *help it happen* » (Bloch et Hénaut, 2014, p.151) et fournissent une palette d'outils favorisant les transformations organisationnelles dans une logique de « *make it happen* » (*Ibid.*). Soutenues par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2019, de nouvelles expérimentations organisationnelles peuvent ainsi émerger à l'initiative des professionnels et constituer de nouvelles réponses, plus flexibles et plus adaptées. Ainsi en 2022, de nouveaux protocoles de coopération simplifiés ont été validés⁴³, des modalités d'exercice ont été expérimentées, afin de mieux répondre aux contingences de certains territoires. L'émergence de nouveaux métiers et de nouveaux dispositifs de coordination (DAC⁴⁴ et CPTS) contribue à la transformation du système de santé : en 2022, on compte un millier d'infirmiers en pratiques avancées⁴⁵, et 3112 assistants médicaux, ont été contractualisés⁴⁶, en adéquation avec le plan de stratégie « ma santé 2022 ». 119 DAC sont constitués ou en construction⁴⁷ en novembre 2021, et 712 CPTS⁴⁸ sont comptées sur le territoire national en février 2022 (à différents niveaux d'avancement du projet).

Les politiques de santé invitent les acteurs du terrain à développer *in fine* une forme d'intelligence collective, reconfigurable selon les évolutions des besoins et objectifs de santé publique. Cette marge de liberté et de confiance octroyée aux professionnels résonne avec leur désir d'entreprendre un travail vivant et d'agir sur leur environnement, tout en cohérence avec leurs valeurs éthiques. La célèbre formule de Paul Ricoeur « Vivre une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » fait écho aux résultats de ce travail de recherche, mettant en exergue des aspirations professionnelles et personnelles dans le prolongement de la définition de l'éthique selon le philosophe.

⁴³ [Les protocoles de coopération entre professionnels de santé | Agence régionale de santé Hauts-de-France \(sante.fr\)](#). Site consulté le 07/08/2022

⁴⁴ Les dispositifs de coordination sont progressivement amenés à s'unifier en un dispositif/guichet unique, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

⁴⁵ <https://www.albus.fr/blog/infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-place-en-2022-et-quel-avenir/> - site consulté le 12/08/2022

⁴⁶ <https://www.lamedicale.fr/vous-informer/assistant-medical-un-metier-qui-a-le-vent-en-poupe> - Site consulté le 12/08/2022

⁴⁷ Enquête DGOS, Novembre 2021

⁴⁸ "Ma Santé 2022" : encore 767 implantations de CPTS à finaliser pour remplir l'objectif fixé | [egora.fr](#). Site consulté le 07/05/2022

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et thèses :

- Blanchet, A., et Gotman, A. (2007). *Série L'enquête et ses méthodes, L'entretien* (2e éd). Armand Colin, 2007.
- Bloch, Marie-Aline, et Hénaut Léonie. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 2014.
- Carlier Alphonse. *Management des projets collaboratifs*. Editions AFNOR, 2020.
- Fournier Cécile. *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*, Thèse de doctorat, Santé publique et épidémiologie. Université Paris XI, 2015.
- Mintzberg, Henry. *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation, 1990.
- Wittorski, R. *Professionalisation et développement professionnel*, L'Harmattan, 2007.

Articles et chapitres d'ouvrages

- Abord de Chatillon, Emmanuel et Richard, Damien, « Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », *Revue française de gestion*, vol. 249, no. 4, 2015, pp. 53-71.
- Alsène, Éric et Pichault, François, « La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel », 2007, pp.61-81.
- Bataillon, Rémy, « Chapitre 2. Les soins primaires », Michel Louazel éd., *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 39-56.
- Beaucourt, Christel, et al., « La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions », *Gestion et management public*, vol. 2/4, no. 2, 2014, pp. 61-79.
- Boniwell, Ilona, et Chabanne, Justine, « La psychologie positive appliquée au travail », *Le Journal des psychologues*, vol. 346, no. 4, 2017, pp. 33-36.
- Bordeleau, L., et Leblanc, J., « Interprofessional collaboration as a modality to resolve therapeutic impasses in child psychiatry », *Santé mentale au Québec*, no. 42, 2017, pp.229-243.
- Bras, Pierre-Louis, « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les Tribunes de la santé* vol.50, no 1, 2016, pp.67-91.
- Clément, Marie-Caroline, et al., « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », *Santé Publique*, vol. 21, no. hs1, 2009, pp. 79-90.
- Cristofalo Paula, Petit Dit Dariel Odessa et Minvielle Étienne, « La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 3, no. 3, 2019, pp. 259-282.

- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, JF. *et al.*, « A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations », *BMC Health Services Research*, vol. 8, 2008.
- D'Amour Danièle, Sicotte Claude, Levy Ron, « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, no.3, 1999. pp. 67-94.
- Fournier Cécile, « Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? » Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la *Chaire santé de Sciences Po* en 2018, sous la direction de Bergeron H. & Moyal A., 2019, pp. 21-26.
- Fournier, Cécile, « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, vol. 32, no. 2, 2014, pp. 67-95.
- Frimousse, Soufyane, et Peretti. Jean-Marie, « Quel style de management dans l'organisation post-Covid ? », *Question(s) de management*, vol. 34, no. 4, 2021, pp. 97-171.
- Frimousse, Soufyane, et Peretti. Jean-Marie, « Comment développer les pratiques collaboratives et l'intelligence collective », *Question(s) de management*, vol. 25, no. 3, 2019.
- Gangloff-Ziegler, Christine, « Les freins au travail collaboratif », *Marché et organisations*, vol. 10, no. 3, 2009, pp. 95-112.
- Gittel, Jody Hoffer, « Relational Coordination », *Organizational Behavior*, vol. 11. 2015.
- Gressier, Alain, « Une nouvelle forme d'organisation du travail collaboratif : les communautés de pratique », *Marché et organisations*, vol. 10, no. 3, 2009, pp. 113-134.
- Hatano-Chalvidan, Maude, « Interdisciplinarité et interprofessionnalité : proximité sémantique coïncidente ou construction d'un nouveau modèle d'activité ? », *Forum*, vol. 148, no. 2, 2016, pp. 8-16.
- Hille C. Bruns, « Working alone together : coordination in collaboration across domains of expertise » *Academy of Management journal* 2013, vol. 56, no. 1, pp. 62-83.
- Jackson, Susan, « The consequences of diversity in multidisciplinary work teams ». *Handbook of Work Group Psychology*, 1996, pp.53-76.
- Kaplan R, Porter M., How to solve the cost crisis in health care, *Harvard Business Review* 2011, vol.89, pp.46-52.
- Lapeyre, Nathalie et Robelet Magali, « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », Géraldine Bloy éd., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP, 2010, pp. 365-378.
- Lave J., Wenger E., « Situated learning : legitimate peripheral participation in doing : social, cognitive and computational perspective », *Cambridge University Press*. 1991, pp. 56-65.
- Lederlin, Fanny, « Du sens au travail : une quête existentielle », *Études*, no. 9, 2021, pp. 47-57.
- Michinov, Estelle, « La distance physique et ses effets dans les équipes de travail distribuées : une analyse psychosociale », *Le travail humain*, vol. 71, no. 1, 2008, pp. 1-21.
- Mouzon, Céline, « Les généralistes veulent travailler autrement », *Alternatives Économiques*, vol. 342, no. 1, 2015, pp. 32-32.

- Moyal A., « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical ». *Revue française des affaires sociales*, La documentation française, 2020, pp.103-123.
- Pascal Christophe, et Capgras Jean-Baptiste, « Le système de santé mis au défi de la coordination », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 5-6, no. 5-6, 2020, pp. 315-317.
- Pedrot, Florian, Guillaume Fernandez, et Françoise Le Borgne-Uguen, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des espaces de coordination du soin entre professionnels de santé, patients et proches-soutiens », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 1, no. 1, 2019, pp. 110-126.
- Policard, Florence, « Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 117, no. 2, 2014, pp. 33-49.
- Schot, Tummers et Noordegraaf, « Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration ». *Journal of Interprofessional Care*, vol 34, 2020, pp. 332-342.
- St-Cyr Bouchard Maude et Saint-Charles Johanne, « Communication and success of interdisciplinary team », *Communiquer, Revue de communication sociale et publique*, no.23, 2018.
- Stephens B, Cummings Jn., « Knowledge creation through collaboration, the role of shared institutional affiliations and physical proximity ». *J Assoc Inf Sci Technol*. 2021, pp. 1337-1353.
- Trebucq, Stéphane, et Bartoli Annie, « Établissements de santé et collectivités en quête de nouvelles méthodes de management et de pilotage », *Gestion et management public*, vol. 9/1, no. 1, 2021, pp. 6-8.
- Vezinat, Nadège, « 6. L'horizon d'un travail collégial dans les maisons de santé pluriprofessionnelles », François Dubet éd., *Les mutations du travail. La Découverte*, 2019. pp. 117-134.

Rapports et études

- Abord de Chatillon, Emmanuel, Lacroux Alain et Richard. Damien. *Guide de mesure du Bien-être au travail par le SLAC*, Document scientifique de la Chaire Management et Santé au Travail, 2020. https://mansat.chaires-iae-grenoble.fr/medias/fichier/guide-utilisation-questionnaire-slac-decembre-2020_1619693595633-pdf. Site consulté le 05/05/2022
- Anguis, Marie. *Études et Résultats de la DREES*, no. 1006. En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées ». *Études et Résultats – DREES*, no. 1006, 2017. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2016-7-700-etudiants-affectes-lissue-des-premieres-epreuves>. Site consulté le 07/06/2022
- Aumais, N., Laflamme S., Venne C., *Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes*, Synthèse de recherche. Université de Sherbrooke, Santé mentale au Québec, 2012. https://www.usherbrooke.ca/gef/fileadmin/sites/gef/documents/synthese_projets_recherche/2012_-_Collaboration_inter-equipes-rapport.pdf. Site consulté le 07/06/2022

- Barlet Muriel et Marbot Claire. *Portrait des professionnels de santé*, DREES, 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>. Site consulté le 15/04/2022
- Cardoux, Jean-Noël et Daudigny, Yves, *Rapport d'information N° 686 du SENAT*, 2017. <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-686-notice.html>; Site consulté le 12/04/2022
- Chevillard G. et Mousquès J., *Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?* Questions d'économie de la santé no 247, IRDES 2020. <https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes.html>. Site consulté le 09/04/2022
- CNOM, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf. Site consulté le 07/04/2022
- Fournier C., Frattini M.-O. et Naiditch M., *Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé : recherche qualitative dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé*, IRDES, rapport n° 557, 2014. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>. Site consulté le 12/04/2022
- Fournier Cécile, Michel Lucie, Morize Noémie, Pitti Laure et Suchier Matti. *Les soins primaires face à l'épidémie de Covid- 19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale*. HAL Id : hal-03349987, version 1, 2021. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03349987>. Site consulté le 12/04/2022
- Génisson, Catherine et Milon, Alain, *Rapport d'information no. 318*, Commission des affaires sociales, Sénat, 2014. <https://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-318.html>. Site consulté le 15/04/2022
- ISNAR-IMG. L'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale*, 2011. http://www.isnarimg.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf. Site consulté le 20/07/2022
- Morin Estelle, *Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel*, Santé psychologique, Études et recherches. Rapport no. 543, 2008. <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-543.pdf>. Site consulté le 09/04/2022
- Mousquès J., Bourgueil Y et al., *L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012*, Rapport de l'IRDES no. 559, <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>. Site consulté le 05/04/2022
- Polton Dominique, Chaput Hélène, Portela Mickaël, Laffeter Quentin et Millien Christelle, *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale*, Les Dossiers de la DREES no. 89, 2021. <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones. Site consulté le 08/08/2022

Schleret, Yvon, *La coordination : un processus, une procédure*, Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine (ORSAS) - Journée du Forum Lorraine Alzheimer, 2004. <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/013-coordination.pdf>. Site consulté le 08/08/2022

WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. Site consulté le 08/08/2022

Textes législatifs :

Accord Ségur de la Santé, 2020 :

[dossier de presse - signature des accords du segur de la sante - 13.07.2020.pdf \(gouvernement.fr\)](https://www.gouvernement.fr/dossier-de-presse-signature-des-accords-du-segur-de-la-sante-13.07.2020.pdf). Site consulté le 05/04/2022

Code de la Santé Publique (art. L6323-3 modifié par la loi 2019-774 du 24 juillet 2019) : [Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/Article/L6323-3). Site consulté le 05/04/2022

Décret d'application du 23 mars 2012 de la loi Fourcade (2011) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/3/23/ETSH1203618D/jo/texte>. Site consulté le 05/04/2022

Loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007 : [LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/LOI/n/2007-1786). Site consulté le 05/04/2022

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé : [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/LOI/n/2016-41). Site consulté le 05/04/2022

Loi HPST 2009 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>. Site consulté le 05/04/2022

Loi Pacte 2019 : <https://www.economie.gouv.fr/loi-pacte-croissance-transformation-entreprises>. Site consulté le 08/08/2022

Stratégie Ma santé 2022 : [Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère de la Santé et de la Prévention \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/ma-sante-2022). Site consulté le 05/04/2022



Master MAE
Management des organisations de santé et médico-sociales

Promotion 2021-2022

***Dynamiques de collaborations
interprofessionnelles***

et

bien-être au travail

Le cas de deux maisons de santé pluriprofessionnelles

ANNEXES

Mémoire présenté par : Anne-Elisabeth BURY
Septembre 2022

Directrice de mémoire : Caroline MERDINGER

Table des matières des annexes

ANNEXE I. NOMBRE DE MSP EN FONCTIONNEMENT EN FRANCE.....	1
ANNEXE II. ENQUETE « ET MAINTENANT ? »	2
ANNEXE III. ENQUETE « ET MAINTENANT ? »	2
ANNEXE IV. EVOLUTION DE LA POPULATION TOTALE EN FRANCE DE 1982 A 2022	3
ANNEXE V. STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION PROJETEE DU GRAND EST EN 2013, 2018 ET 2027.	3
ANNEXE VI. PART DES PERSONNES DECLARANT UNE MALADIE OU UN PROBLEME DE SANTE CHRONIQUE OU DURABLE SELON LE SEXE ET L'AGE EN 2017	4
ANNEXE VII. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE DEPUIS 2010.....	4
ANNEXE VIII. PREVISION DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES EN ACTIVITE REGULIERE JUSQU'EN 2025.	5
ANNEXE IX. PROJECTIONS 2016 A 2030 DU NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES GRAND EST	5
ANNEXE X. PART DES FEMMES DANS LES DIFFERENTS MODES D'ACTIVITE EN MEDECINE GENERALE	6
ANNEXE XI. MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES EN FONCTIONNEMENT AU 30/06/20216.	6
ANNEXE XII. EVOLUTION DE LA DENSITE DE MEDECINS GENERALISTES DANS LES ESPACES PERIURBAINS.....	7
ANNEXE XIII. LES VARIABLES D'ANALYSE DE LA COLLABORATION DE D'AMOUR	8
ANNEXE XIV. GRILLE D'ANALYSE DES THEMATIQUES DU BIEN ETRE SELON D'ABORD DE CHATILLON.....	9
ANNEXE XV. TABLEAU DE SYNTHESE DES CARACTERISTIQUES DES DEUX MSP ETUDIEES	10
ANNEXES XVI. GRILLES D'ANALYSE DU MATERIAU EMPIRIQUE	13
ANNEXE XVII. RELATIONAL COORDINATION MODEL (GITTELL, 2016).....	23
ANNEXE XVIII. GRILLE DE MATURITE DE LA HAS	24
ANNEXE XIX. LE MODELE DE SHORTELL	25

ANNEXE I. Nombre de MSP en fonctionnement en France

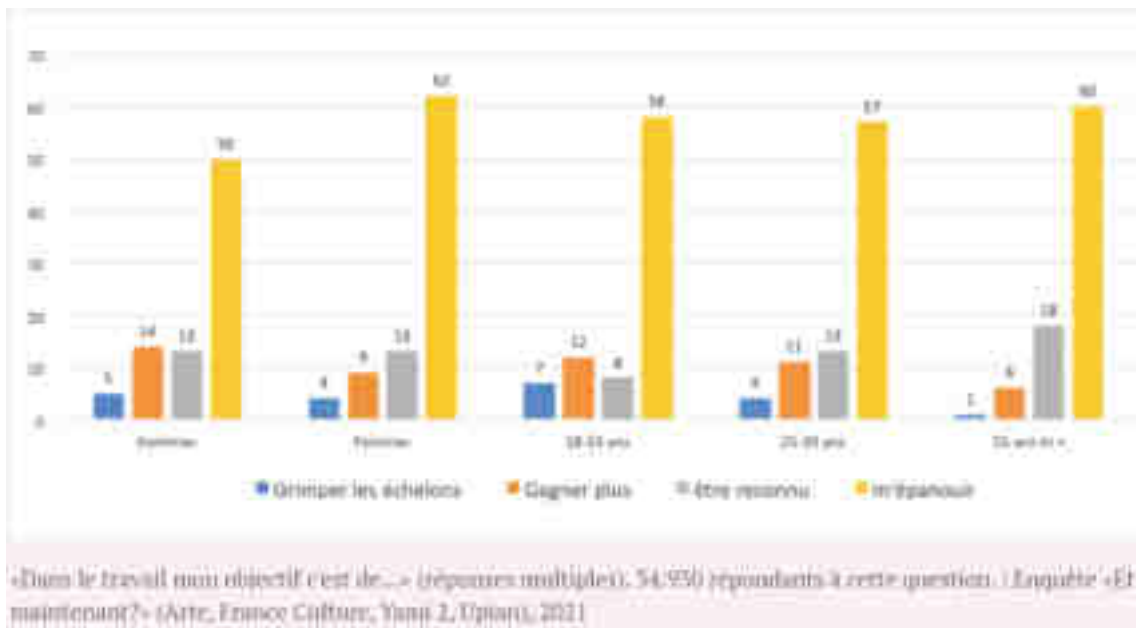
	Mars 2014	Mars 2015	Mars 2016	Juin 2021
Nbre de MSP en fonctionnement	436	616	778	889
Nbre de MSP en projets	493	407	382	366
Nbre total de MSP	929	1 023	1 160	1 889

Source : site Ministère de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

ANNEXE II. Enquête « Et Maintenant ? »

Menée par Arte, France Culture, Yami 2, Upian, 2021.

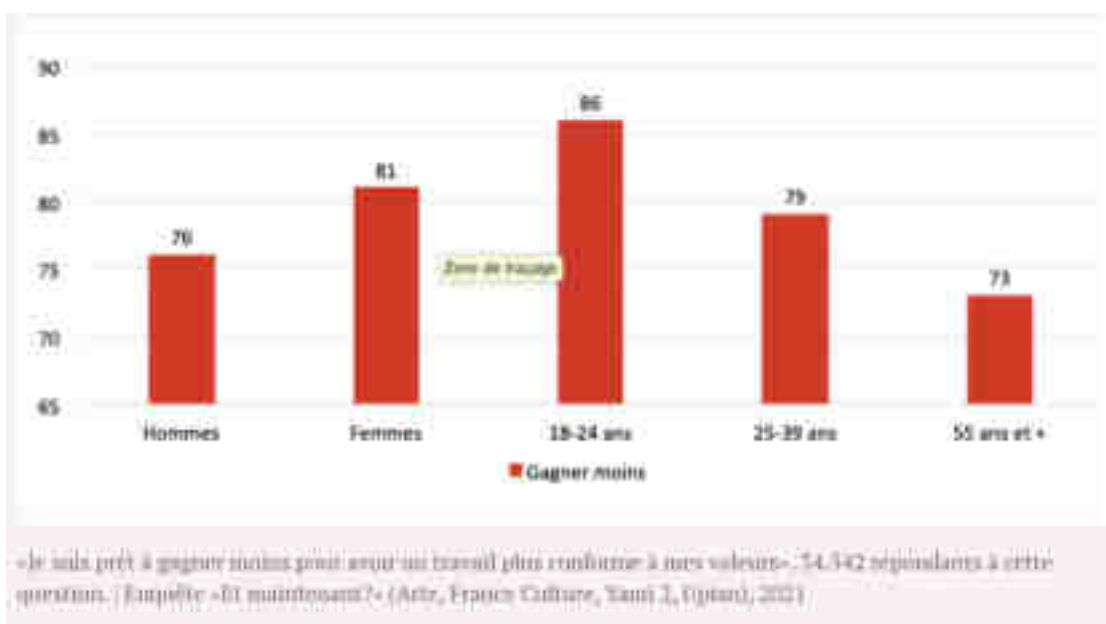
Question : « Dans le travail, mon objectif est de... »



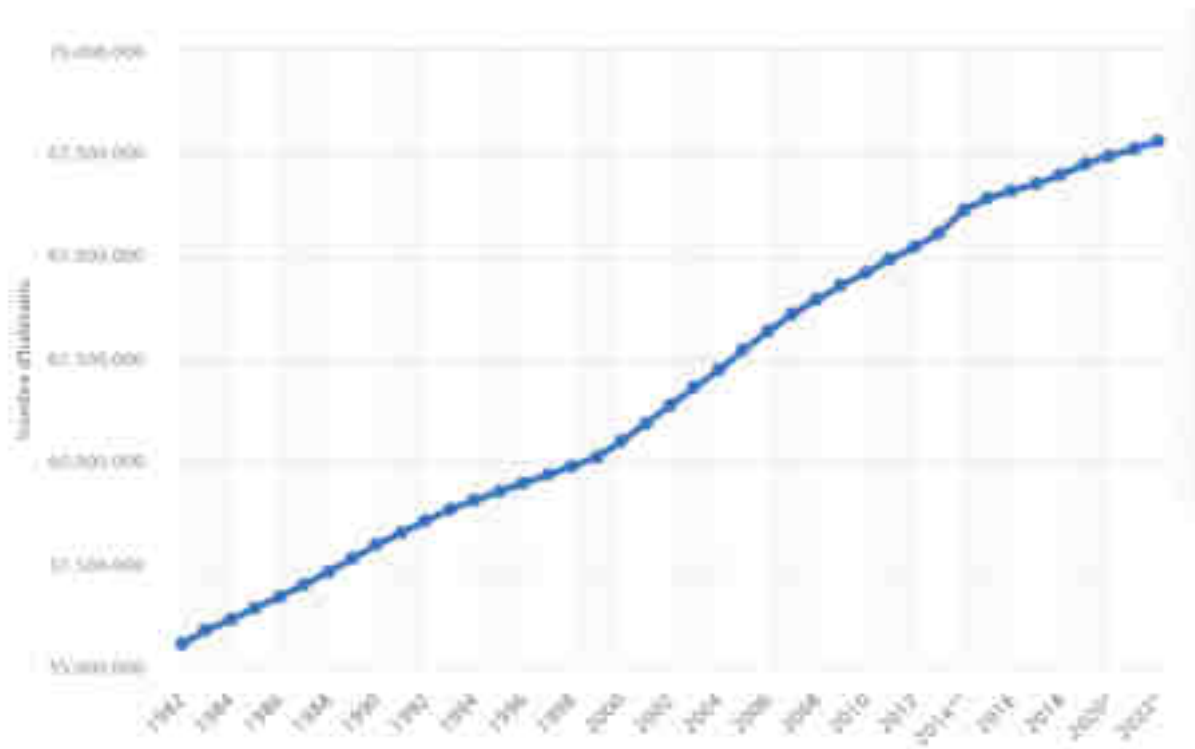
ANNEXE III. Enquête « Et Maintenant ? »

Menée par Arte, France Culture, Yami 2, Upian, 2021.

Question : « Je suis prêt à gagner moins, pour avoir un travail plus conforme à mes valeurs »

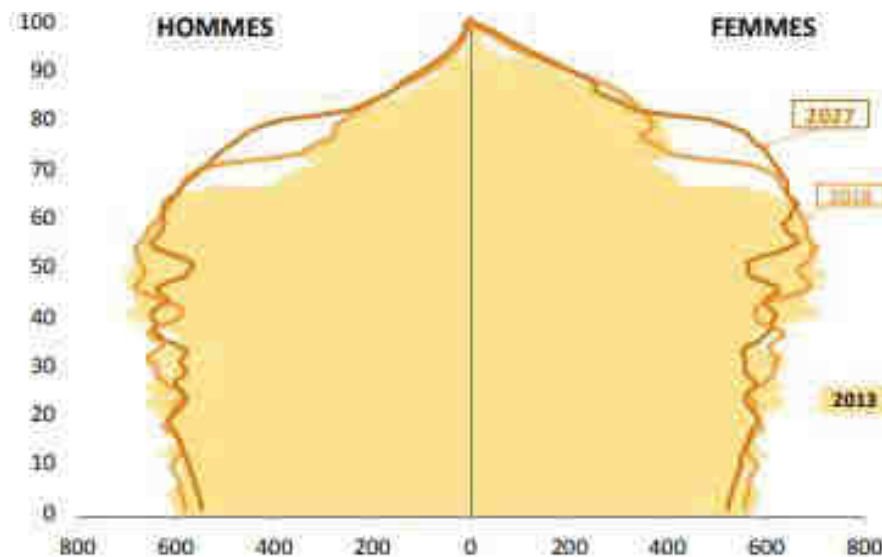


ANNEXE IV. Evolution de la population totale en France de 1982 à 2022



Source : Statista

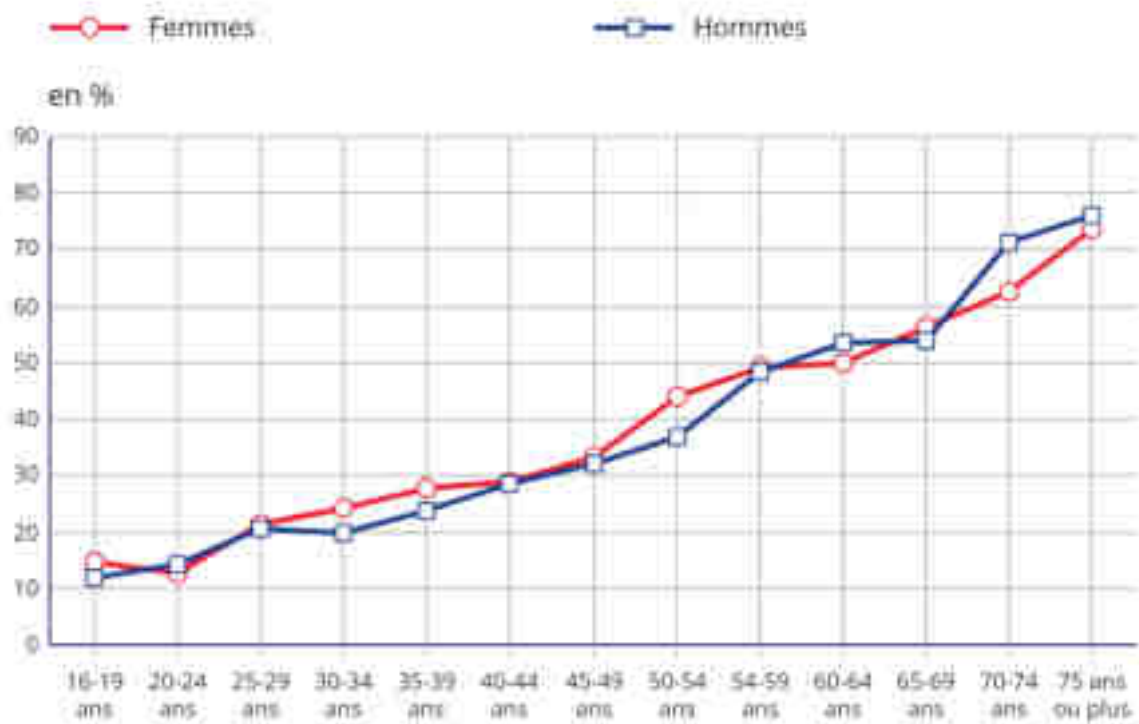
ANNEXE V. Structure par âge de la population projetée du Grand Est en 2013, 2018 et 2027.



* Projections démographiques de l'Insee (scénario central, modèle Orphée) à partir de la population par sexe et âge au 1er janvier 2007 et des tendances démographiques 1999-2007. Source : Insee - Projection Orphée, Exploitation ORS d'Alsace et de Lorraine.

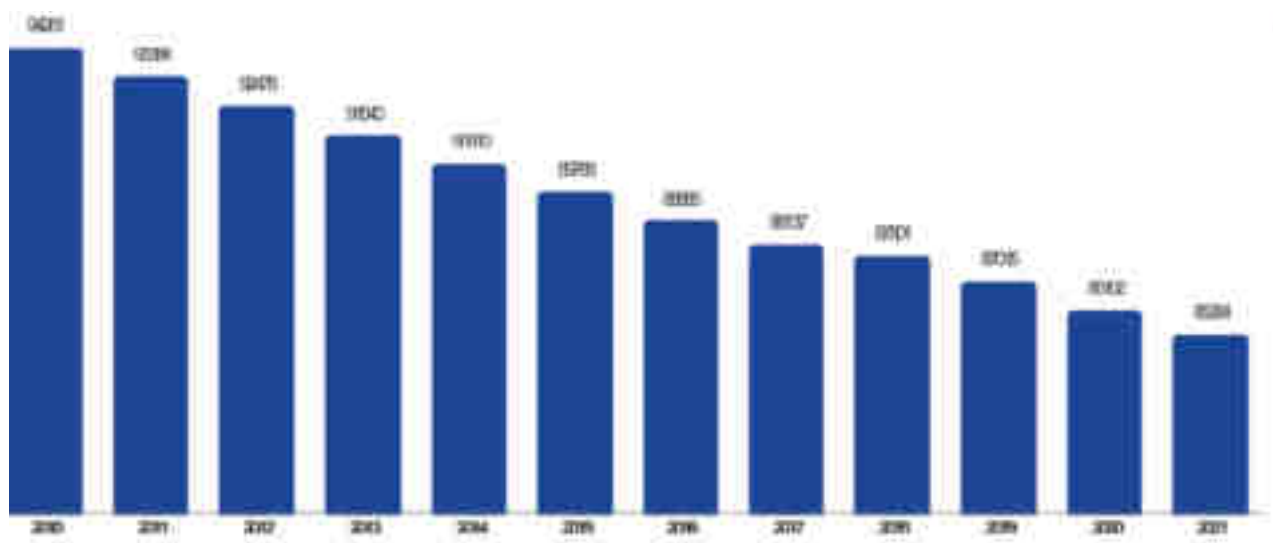
Source INSEE exploitation ORS Alsace Lorraine -Insee

ANNEXE VI. Part des personnes déclarant une maladie ou un problème de santé chronique ou durable selon le sexe et l'âge en 2017



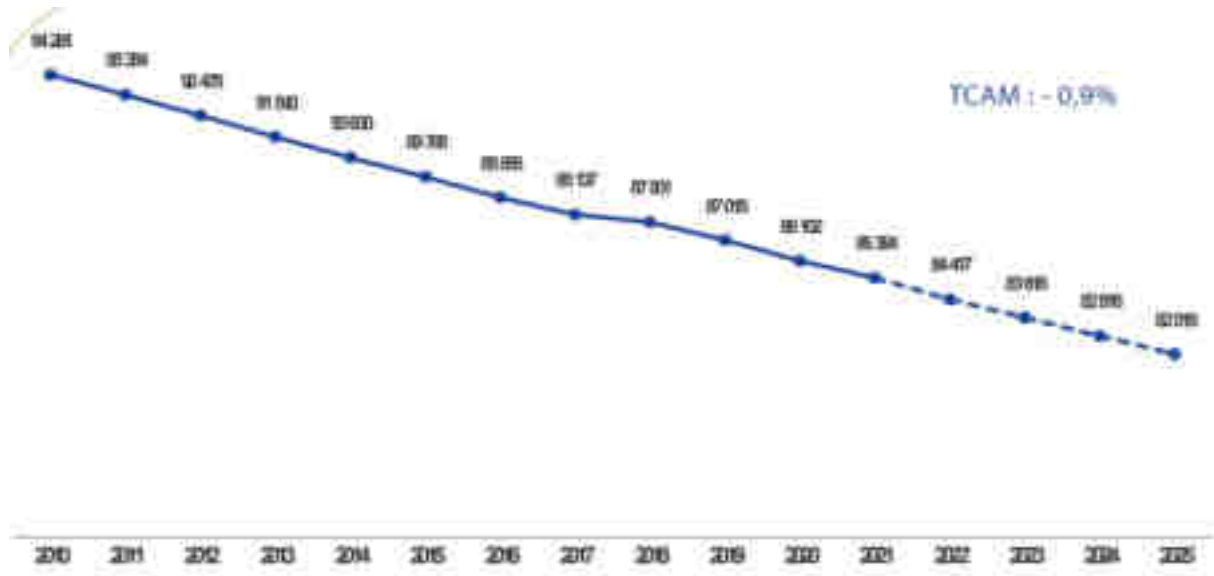
Source : INSEE, enquête SRCV 2017, calculs Drees.

ANNEXE VII. Évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010.



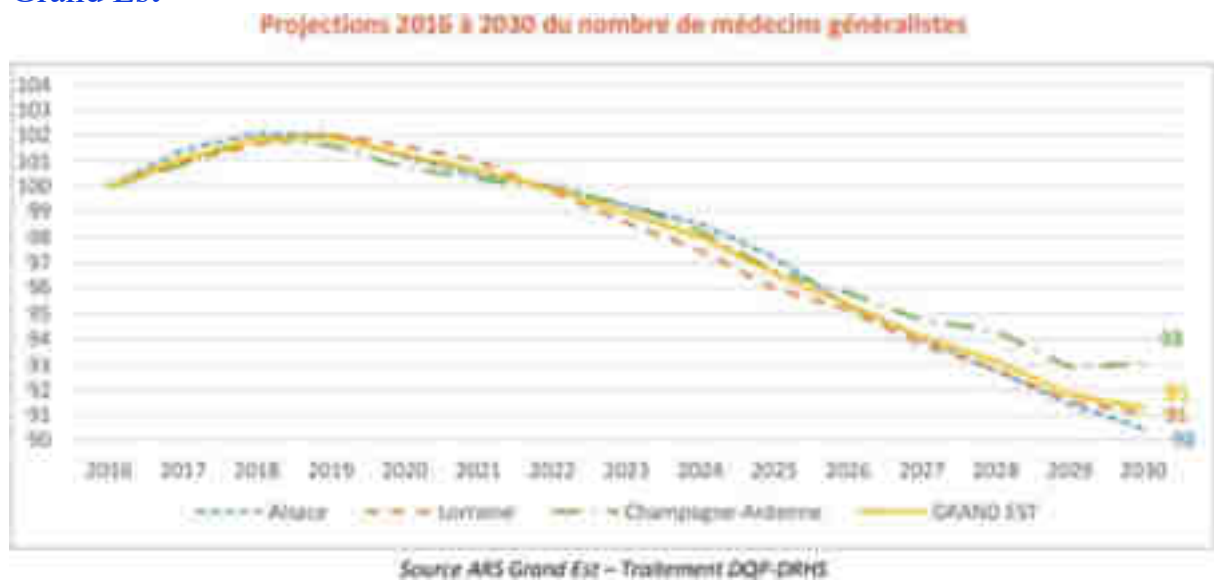
Source : CNOM 2021. Atlas de la démographie médicale en France.

ANNEXE VIII. Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025.



Source : CNOM 2021. Atlas de la démographie médicale en France.

ANNEXE IX. Projections 2016 à 2030 du nombre de médecins généralistes Grand Est



Source ARS Grand Est – Traitement DQP-DRHS

Source : ARS.

ANNEXE X. Part des femmes dans les différents modes d'activité en médecine générale

	Part des femmes parmi les MG - de 35 ans	Part des femmes dans le total des MG
Libéraux	57,6	30,3
Salariés	64,4	59,1
Total	60,3	38,9

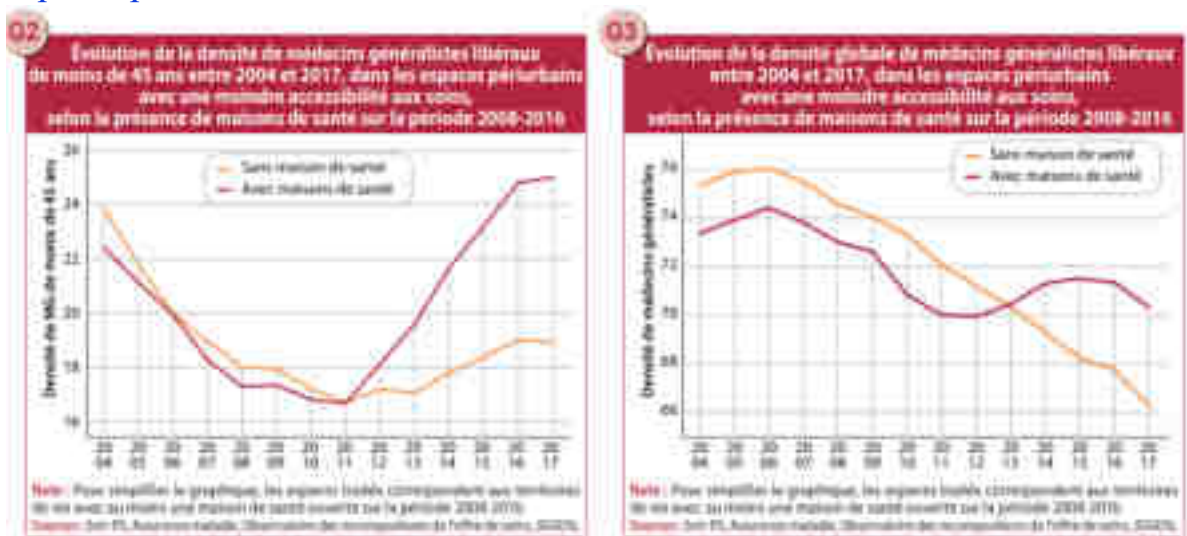
Source SICART 2006 – extrait de Lapeyre, Nathalie, et Magali Robelet. « Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? », Géraldine Bloy éd., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, 2010, p.371.

ANNEXE XI. Maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement au 30/06/2021



Source : ATIH : Observatoire des recompositions/retraitement DGOS- Extraction au 07/07/2021

ANNEXE XII. Evolution de la densité de médecins généralistes dans les espaces périurbains



Source : Question d'économie de la santé no 247, Mars 2020, page 6

ANNEXE XIII. Les variables d'analyse de la collaboration de D'Amour

Variables	Collaboration en action Niveau 3	Collaboration en construction Niveau 2	Collaboration en inertie Niveau 1
Centralité	Instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus	Instance centrale au rôle confus. Rôle politique et stratégique ambiguë	Absence d'une instance centrale. Quasi-absence de rôle politique
Leadership	Leadership partagé et consensuel	Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact	Leadership non consensuel, monopolisé
Expertise	Rôle d'expert favorisant une implication globale et forte	Rôle d'expert ponctuel et morcelé	Peu ou pas d'implication comme expert
Connectivité et concertation	Pluralité des lieux de concertation	Lieux de concertation ponctuels reliés à des dossiers spécifiques	Quasi-absence de lieux de concertation
Finalités	Finalités consensuelles et globales	Quelques finalités communes ponctuelles	Finalités en opposition ou absence de finalités communes
Allégeance	Orientations centrées sur les besoins de la clientèle	Orientations centrées sur les besoins professionnels et organisationnels	Orientations plutôt déterminées par des intérêts privés
Connaissance mutuelle	Occasions fréquentes de se rencontrer	Rares occasions de se rencontrer	Pas d'occasion de se rencontrer
	Activités communes régulières	Peu d'activités communes	Aucune activité commune
Confiance	Confiance ancrée	Confiance contingente, en développement	Absence de confiance
Formalisation <i>entente, contrat, arrangements interorganisation</i>	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction	Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits
Infrastructure d'information	Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information	Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée	Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information

Source : D'Amour et al., Étude comparée de la collaboration inter organisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. Rapport du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé – page 11 - Décembre 2003

ANNEXE XIV. Grille d'analyse des thématiques du bien être selon d'Abord de Chatillon

SENS	LIEN
<p>Je trouve utile le travail que je fais. Ce que je fais dans mon travail a du sens pour moi. Mes valeurs peuvent s'incarner dans ce que je fais au travail. Le travail que je fais contribue à rendre le monde meilleur. Mon travail correspond à mes valeurs. Le travail que je fais est important.</p>	<p>J'ai le sentiment de faire partie d'une équipe. Je me sens reconnu(e) par mes collègues. J'apprécie les relations que je tisse dans mon travail. Certains collègues sont de vrai(s) ami(e)s. Je retrouve parfois mes collègues en dehors du travail. Dans mon travail, on me respecte.</p>
ACTIVITE	CONFORT
<p>Mon activité professionnelle me permet d'exprimer qui je suis. Mon travail me permet d'utiliser mes compétences. J'ai l'impression de bien faire mon travail. Mon travail me propose des défis intéressants. J'ai des marges de manœuvre suffisantes pour bien faire mon travail. Je peux apprendre de nouvelles choses en faisant mon travail.</p>	<p>Ma rémunération est adaptée à ce que je fais. Je travaille dans de bonnes conditions. J'estime ma rémunération correcte par rapport à mon expérience et mes responsabilités. Mon cadre de travail est agréable. Mon espace de travail est suffisamment lumineux, propre, aéré et chauffé. Mon lieu de travail est de qualité et me procure une sensation de confort.</p>

Source : Abord de Chatillon E., Lacroux A. et Richard D. « Guide de mesure du Bien-être au travail par le SLAC », *Document scientifique de la Chaire Management et Santé au Travail*, Université Grenoble-Alpes, 2020, p.7-8

NB : Le questionnaire issu du « Guide de mesure du Bien-être au travail par le SLAC » n'a pas été utilisé. Cet outil a orienté le choix sémantique d'extraction des données relatives aux 4 dimension du bien-être.

ANNEXE XV. Tableau de synthèse des caractéristiques des deux MSP étudiées

Tableau de synthèse des caractéristiques des deux MSP étudiées		
	Maison de santé 1 MS1	Maison de santé 2 MS2
Date d'ouverture	Février 2014	Décembre 2014
Lieu d'implantation Population cible	Quartier Prioritaire de la politique de la Ville.de 3 667 habitants. Taux de pauvreté 2018 45.1 %	Quartier Prioritaire de la politique de la Ville Environ 14 400 habitants <i>Taux de précarité : 36,0 % des patients suivis</i>
Bâti, agencement du site	Monosite	Monosite
Structure juridique	SISA depuis 2014	SISA depuis 2014
File active	2 749 actes de médecine générale en 2021	15 000 consultations en 2020, dont 8 617 actes de médecine générale. File active > 1100 patients par généraliste 300 suivis réalisés par les professionnelles du PAEJ, de la microstructure et la tabacologue ainsi que 820 accompagnements Menés par la médiatrice santé.
Composition de l'équipe	Libéraux : 4 Médecins généralistes 1 Sage-femme 3 Kinésithérapie Orthophonie Centre de santé infirmier Centre de santé dentaire (2 équipes) 2 secrétaires	Libéraux : 3 médecins généralistes (3ETP) 1 ETP orthophoniste, 2 sage-femmes (1,3ETP), 2 Infirmières Asalée, Trois salariées : une médiatrice santé, un secrétaire et une accueillante
	Un infirmier de santé publique de l'association Asalée Une travailleuse sociale et une psychologue Une psychologue du Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes, Une médecin généraliste spécialisée en tabacologie,	Psychologue point d'écoute jeune (3h/semaine), tabacologue, psychologue (2h30/semaine), travailleur social (3h/semaine)
Fonction de coordination	Fonction existante depuis 2014 Niveau de formation master 2 Formation PACTE*,	Fonction existante depuis 2014 Niveau de formation master 2 Formation Pacte *
Vision et objectifs partagés, avec allégeance tournée vers le patient	Site web, projet de santé : allégeance centrée sur le patient. Rapport d'activité orienté vers l'accès au soin	Site web, projet de santé : allégeance centrée sur le patient. Rapport d'activité orienté vers l'accès au soin

Outils de formalisation	Charte professionnelle, charte éthique, fiche de poste, matrice de maturité, projet de santé avec indicateurs cibles	Charte professionnelle, charte éthique, fiche de poste, matrice de maturité, projet de santé avec Indicateurs Objectifs cibles
NTIC : Partage d'information Outils de communication Système d'information Messagerie sécurisée Système d'information labellisé	Un espace virtuel partagé, pour la sauvegarde et l'échange des documents communs, Un agenda partagé, pour les événements relatifs à la MSP1. SICODOM, outils de coordination gériatrique SI Chorus, labellisé niveau 2 par l'ASIP Santé depuis l'ouverture Messagerie sécurisée (MSSanté),	Espace de documentation partagé. Un serveur NAS sécurisé (QNAP), régulièrement alimenté par l'ensemble des professionnels, Outils permettant de permettre d'assurer le partage d'informations : Un annuaire commun aux professionnels, Outils de communication, de suivi et d'évaluation des actions, SI Chorus, labellisé niveau 2 par l'ASIP Santé depuis l'ouverture. « Le système d'information est ainsi devenu un outil majeur de l'exercice coordonné » « fonctions et paramètres personnalisés par l'équipe » « Le logiciel est régulièrement adapté et amélioré par l'équipe », chronophage, pas « accès aux données hors connexion » Un protocole d'édition et de transmission du Volet Médical de Synthèse Messagerie sécurisée MS Santé, intégrée au logiciel métier, Utilisation d'adresses Apycript par les médecins. Groupe Whats App
Innovation protocoles	Mise en œuvre de 4 protocoles, permettant la prise en charge de situations complexes : Le suivi des patients sous AVK, L'optimisation de la consultation du 24e mois, La prise en charge des patients diabétiques, La prise en charge des patients dépendant du tabac.	Mise en œuvre de 7 protocoles pluriprofessionnels, permettant la prise en charge de situations complexes : Diabète et éducation thérapeutique, Accompagnement de l'allaitement maternel Souffrance psychique et conduites addictives, Retards de développement et de langage, Surpoids et obésité de l'enfant Patients complexes en perte d'autonomie
Innovations		Maison de Santé écoresponsable (Action 22 du Projet de Santé)
Recherches	Pas en 2021	Collaboration avec le Département de Médecine Générale de l'Université de x dans le cadre du projet FETOMP, axé sur les questions de précarité

		2020 : collaboration à 5 projets de recherche 2020 Participation à l'étude COVIQuest menée par le CHRU de Y Formations, colloques et groupes de travail
Partenariats institutionnels Animation réseau	Nombreux**	Nombreux**
Espaces d'échanges formalisés		« Participation à la Journée Annuelle de la fédération, aux Journées Nationales d'échanges de pratiques et retours d'expérience de la FFMPS ainsi qu'aux Rencontres Nationales des Maisons de santé en quartier populaires »
Réunions professionnelles	43 réunions pluriprofessionnelles	63 réunions : 16 réunions d'équipe, 6 réunions de concertation pluriprofessionnelles ,23 groupes de travail, 1 réunion trimestrielle de cogérance, 15 réunions « COVID-19
	RSO	
La Maison de Santé lieu de formation universitaire.	Accueil de 14 stagiaires (11 internes en MG, 3 orthophonistes)	Accueil de 10 étudiants en 2020

Collecte de données extraites des rapports d'activités, fournis par les structures

* Formation PACTE : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, proposée par l'EHESP aux coordinateurs d'équipe de soin primaire.

** Non précisé pour préserver l'anonymat des structures

ANNEXES XVI. Grilles d'analyse du matériau empirique

LES 4 DIMENSIONS DU MODELE DE D'AMOUR	
Les deux dimensions relationnelles de d'Amour et al	
DIMENSION RELATIONNELLE 1- Vision et objectifs partagés la finalité	
Facteurs relationnels : Une vision et objectifs communs	
MS2-E4	« <i>Travaillent tous aux mêmes objectifs</i> »
MS1- E6	« <i>Sur cette volonté d'être au clair avec un projet de santé, avec [...] l'accès aux soins pour des gens qui pourraient en être éloignés</i> » Ils « <i>savent pourquoi ils sont là et [...] savent ce qu'ils ont envie de partager ensemble</i> » « <i>Cette volonté de partager, de confirmer qu'on entend les mêmes choses, qu'on parle de la même façon</i> » « <i>La vision commune «se construit, quand on intègre de nouvelles personnes</i> ».
Rapport d'activité MS2 2020	<i>Des espaces de réflexion inscrits dans le « Règlement Intérieur qui prévoit a minima une session de travail par an portant » notamment « sur la définition des valeurs communes portées par l'équipe, la définition d'une vision partagée à court, moyen et long terme de la Maison de Santé [...]. L'objectif attendu est de fédérer l'équipe autour d'une ligne cohérente et pérenne pour la Maison de Santé, orientée autour de l'intérêt des patient-es. »</i>
Site web MS1	« <i>L'exercice coordonné permet surtout d'imaginer et de concrétiser des projets au service d'une meilleure prise en charge et d'une meilleure santé de nos patients.</i> »
Rapport d'activité 2021 MS1	Des initiatives relatives à la satisfaction des patients sont menées dont « <i>un projet de recueil de la parole des usagers, réfléchi conjointement entre les trois maisons urbaines de santé de [la ville]</i> »
	Finalité globales et consensuelles, centrée sur le patient
DIMENSION RELATIONNELLE 2 : Internalisation	
Facteurs relationnels : Internalisation : confiance et interconnaissance	
MS2 - E3 MS1 – E5	Les deux structures sont chacune installées dans le même bâti : en mono-site ; et permet « <i>de pouvoir discuter, [...] d'avoir ce retour direct</i> » (E3), de proposer au patient « <i>une ressources de proximité</i> » avec qui le

	professionnel « peut parler » (E5) et favorise « une qualité de collaboration » (E5).
Rapport d'activité MS2 2020	« L'organisation régulière de réunions est nécessaire à la dynamique d'équipe et permet de fédérer l'ensemble des professionnelles autour des projets de la Maison de Santé et des valeurs partagées ce que les échanges par mails, que nous réservons à l'échange d'informations et aux décisions urgentes, ne permettent pas. »
MS1 - E6	<p>« La question du pluri qu'on recherche en fait, elle se fait naturellement parce que les gens se rencontrent. ». (E6)</p> <p>« On a une orthophoniste dans les murs, je la connais, [...], je sais que quand je confie [le patient] à cette orthophoniste, je sais qu'elle sera en capacité de satisfaire mes attentes pour mon patient et donc effectivement, par rapport à tout ça, on a tout l'informel qui rejaillit. » (E6)</p> <p>« La question de la confiance, la question d'apprendre à se connaître, la question de se tester [...] c'est de l'informel et du coup c'est du relationnel » (E6), qui s'opère « entre deux portes [...] à la pause-café » (A4)</p> <p>« L'organisation régulière de réunions est nécessaire à la dynamique d'équipe et permet de fédérer l'ensemble des professionnelles autour des projets de la Maison de Santé et des valeurs partagées ce que les échanges par mails, que nous réservons à l'échange d'informations et aux décisions urgentes, ne permettent pas. »</p>
Rapport d'activité MS2 2020 Rapport d'activité MS1 2021	« Le temps consacré aux réunions est conséquent avec une moyenne de 2 heures pour 63 réunions et 6 professionnelles présentes », soit « près de 800 heures » pour MS2 et 43 réunions pluriprofessionnelles pour MS1.
Les deux dimensions organisationnelles de d'Amour et al	
DIMENSION ORGANISATIONNELLE 1 : la formalisation	
Facteur organisationnel : Les outils de formalisation	
MS2- E1	« Ce n'est pas parce qu'on a la volonté que ce soit collaboratif et participatif que ça va se faire et donc il faut se doter des outils qui nous le permettent. [...] En fait, plus on nomme et on organise ce qui permet de s'organiser, [...] plus on en assure la possibilité, la faisabilité. Il y a une militante féministe ¹ qui a écrit un texte : "la tyrannie de l'absence de structure", en fait, ce qu'elle démontrait c'était que dans les milieux militants au prétexte de : "mais, on est tous d'extrême-gauche, on est tous bienveillants, on n'a pas besoin de se soucier de s'organiser", sauf qu'en fait, quand on fait ça, c'est le pouvoir du plus fort, c'est le pouvoir de celui qui parle, c'est soit le pouvoir de celui qui parle le plus, soit le pouvoir de celui qui a le plus de temps, soit le pouvoir de celui qui a le plus

1 Jo Freeman

	<i>d'éloquence et donc ça n'est pas démocratique. Et en fait, je pense que ça paraît contre-productif et contre-intuitif, mais pour moi, plus on a les outils d'organisation de travail collaboratif, de travail en commun, plus on assure en fait le bon fonctionnement du collaboratif, du participatif et pour moi, c'est vraiment les outils de base » (E1).</i>
MS1- E5	<p>Question : <u>Le projet de santé, c'est l'ADN ?</u></p> <p><i>E5. « C'est ça qui légitime la rencontre Il y a donc un projet de santé qui accompagne notre travail et c'est aussi la présence de ce projet de santé qui conduit à la labélisation. Sans projet de santé, il n'y a pas de labélisation ».</i></p> <p><i>« C'est la réalisation de projet de santé, d'un projet de santé qui est différent de celui d'un projet individuel, je peux poursuivre mon projet personnel mais je contribue à un projet de santé commun et c'est ce projet de santé commun qui bénéficie d'aide spécifique dans le cadre de l'accord conventionnelle interprofessionnelle. »</i></p> <p><i>« Je ne l'ai jamais vécu comme une contrainte parce que ça correspond bien à l'idée de mon rôle, de ce qu'il faut pour mes patients donc à partir du moment où c'est ça que je souhaite, c'est au contraire un moyen d'atteindre ce que je souhaite. Voilà, mais oui c'est contraignant, on est engagé par notre projet de santé à accueillir des personnes de 8h du matin à 20h. Voilà, ça correspond bien à ce dont ils ont besoin les gens et on rend ce service »</i></p>
MS2-E3	<i>« On est une équipe, on va tous dans la même direction dans le sens où on a un projet de santé, on a toutes adhéré à ce projet de santé, on a toutes accepté les conditions et le cadre de travail parce qu'on est associées, parce qu'on a des projets de santé, parce qu'on a signé un règlement intérieur, parce qu'il y a des règles auxquelles on a décidé d'adhérer » (A3).</i>
Rapport d'activité MS2 2020	Corrobore des outils de formalisation, in projet de santé et un projet professionnel, ad hoc et avalisés par l'ARS
Rapport d'activité MS1 2021	Corrobore l'existence et l'usage de système d'information et outils NTIC labellisés et sécurisés – voir annexe :16 tableau descriptif de l'activité
DIMENSION ORGANISATIONNELLE 2 : La gouvernance	
Facteur organisationnel : Leadership, innovation de la dimension organisationnelle	
E4	<p><i>« Chez nous, on ne parle pas de leader, on parle de leadership parce que chez nous le leadership est partagé et donc la fonction de coordination c'est d'être manager de projet et de mission et de fonctions auxquelles sont accolées du leadership qui peut être partagé entre plusieurs personnes, les personnes en question peuvent se retrouver à la fois sur le projet parentalité et la RH »</i></p> <p><i>« Pour tout ce qui est projet, l'ensemble de l'équipe est invité et encouragé à participer et à donner son avis »</i></p>

Rapport d'activité MS2 2020	Les deux rapports témoignent d'un leadership partagé inscrit dans le projet de santé
Rapport d'activité MS1 2021	Le leadership partagé est inscrit dans « l'action 6 du projet de santé, qui fait écho à l'article 17 du Règlement Intérieur », et prévoit a minima « une session de travail par an » (rapport d'activité MS2). Des règles tacites, qui soutiennent la collégialité, régissent notamment les procédures de recrutement : « un temps de travail collectif autour du poste de médiateur-trice avant tout nouveau processus de recrutement [...] sur le mode de l'intelligence collective » (rapport d'activité MS2)
MS2 – E3	<i>Quand « une nouvelle personne dans l'équipe est intégrée, alors la personne qui est d'abord décisionnaire c'est la personne qui a le même métier, donc voilà, c'est plus facile et puis ensuite, c'est quand même un avis d'équipe. »</i>
FACTEURS EXTERNES INFLUENCANTS LES 4 DIMENSIONS	
Rapport d'activité MS2 2020 Rapport d'activité MS1 2021	Des politiques favorables : Les structures, installés sur dans des quartiers Prioritaire de la politique de la Ville, toutes deux bénéficient de nouveaux modes de rémunération (NMR) socles et optionnels <i>« La dotation perçue ne finance pas la totalité des charges liées à l'exercice coordonné [...]. Or, ce temps est conséquent ; il représente près de 1000 heures de travail primordiales au fonctionnement de la Maison de Santé. Cette dotation [...] est donc complétée d'autres sources de subventions et de financement ». Rapport d'activité de MS2</i>
MS1- E5	<i>« Il n'y a jamais eu de pression pour qu'on fasse un projet différent de celui qu'on souhaitait. Il y a eu des tensions, ça c'est normal, mais dans l'ensemble, je trouve qu'il y a eu beaucoup de respect et d'écoute réciproque et pas seulement de l'écoute, avec aussi des financements »</i>
MS2- E2.	<i>« Juste sur les dispositifs, nous on est arrivé où vraiment ça commençait et donc on n'a pas eu toutes ces aides-là, donc on était un petit peu tout seul au début. Par exemple, notre projet de santé, on l'a vraiment écrit tout seul après c'est une thérapie de le faire, il n'y a pas de souci mais l'ARS est arrivé, une fois qu'on l'avait fini en disant : on vous impose un cabinet de conseil qui a du coup relu tout notre projet de santé, qui a un peu changé la mise en page et qui a coûté une fortune, mais voilà, pour dire que c'était vraiment les débuts des aides. Après on connaissait bien l'équipe du Neuhof, on s'est servi beaucoup de leur expérience. Avant 2014 disons, les équipes ont été vraiment beaucoup toutes seules quoi. » (E2)</i>
LES FREINS DE LA COLLABORATION	
E7- animateur territoriale	<u>La lourdeur administrative et son aspect chronophage</u> <i>« C'est le 1er argument des professionnels quand on leur présente le dispositif : ça va être lourd administrativement et combien ça va me coûter en heures, je n'ai déjà pas le temps pour mes patients »</i>
MS1-E5	<i>« <u>Le modèle économique imposé par une maison de santé est lié à des locaux</u> » ; « chaque professionnel est responsable jusqu'au bout du fonctionnement et des charges de la maison de santé », ceci représente un</i>

	<p>« <i>risque financier important</i> », car l'exercice libéral « <i>n'est pas atténué par des allègements de charges personnelles</i> »</p> <p>Si « <i>un libéral tout seul se casse la figure, tout seul, il se débrouille, il refait sa vie ; [si] une structure prend des décisions erronées, 10 personnes se cassent la figure</i> » (E5).</p>
MS2- E3	<p>« <i>Il n'y a pas toujours que des bonnes expériences</i> » ; « <i>il y a eu aussi beaucoup de grosses maisons de santé qui coûtaient très chères, avec des loyers très chers et ce n'est plus tenable dès qu'un professionnel part</i> »)</p> <p>« <i>Les maisons de santé sont quand même très dépendantes des visions des médecins. Parce qu'il y a plein de chose qui reste du médecin -centré que ce soit des critères, le fait qu'il faille un médecin pour créer une maison de santé, et cetera, nous on a cette chance d'avoir 3 médecins qui valorisent énormément le travail en équipe, qui passent leur temps à ne pas vouloir se mettre en avant, et à complexer de ça, et à beaucoup valoriser les autres et je pense que c'est ce qui rend aussi notre exercice en commun agréable</i> »</p>
Rapport d'activité MS2 2020	<p>« <i>Les modes de calculs [des nouveaux modes de rémunération], qui restent également centrés sur l'exercice des médecins et donc antinomiques avec l'idée même de l'exercice coordonné.</i> »</p>
E7	<p>« <i>Une représentation du médecin, qui n'est pas du tout la même aujourd'hui. Je pense que c'est des personnes, je veux dire le médecin, c'était le médecin de famille ou le médecin c'était un notable, un notable social à côté de l'instituteur, du curé et du maire, c'était le médecin. Ils ont du mal à faire la passe et certains n'acceptent carrément pas[...]. Il y a des médecins qui vont vous dire aussi je n'ai rien à apprendre des autres.</i> »</p> <p>« <i>Certains médecins ont l'impression de rentrer sous tutelle</i> » et craignent d'« <i>abandonner une partie de leur statut libéral, de se voir imposer leur rythme de travail</i> » en « <i>s'inscrivant dans le projet d'une maison de santé</i> ». Certains refusent « <i>de se confronter à leur collègues</i> »</p> <p>« <i>Certains ne vont pas se reconnaître et ça, ça vaut pour tous les professionnels, ils ne vont pas du tout se reconnaître dans cet exercice coordonné. Ils ne vont pas non plus se reconnaître du tout, dans le fait, de côtoyer des pairs dans la même structure. Et aussi pour beaucoup, alors ça c'est chez les paramédicaux et principalement chez les infirmières, c'est la crainte de retourner sous un système hospitalier avec une ascendance des médecins sur leur exercice</i> »</p> <p>« <i>Abandonner une partie de leur statut libéral, de se voir imposer leur rythme de travail</i> » en « <i>s'inscrivant dans le projet d'une maison de santé</i> ».</p>
MS1-E6	<p>« <i>Le pluriprofessionnel fait qu'on se met en danger dans son exercice propre et que du coup, il y a toujours que ce soit de façon implicite ou de façon explicite, cette question de reconfirmer sa place, d'assumer ses limites, d'assumer d'aller voir l'autre</i> »</p>

MS2-E3 E7	L'existence d'« <i>opportunistes du pluri professionnalisme</i> » qui ont monté « <i>une maison de santé avec un projet de santé pondé par un cabinet d'audit</i> » et qui permet d'avoir « <i>des sous chaque année</i> » (E7). Travailler « <i>avec des gens qui n'ont plus envie de travailler ensemble, mais qui remplissent bêtement des critères pour avoir des subventions</i> » (E3),
--------------	---

La modélisation du bien être d'Abord de Chatillon (2015), par le SLAC	
Le lien	
Le champ sémantique du lien est largement mobilisé. Les termes « lien » et « rencontre » sont mentionnés soixante-seize fois dans les entretiens menés auprès des professionnels des deux structures.	
MS2-E3	E3« <i>ne se verrait pas de travailler [...] avec quelqu'un de très raciste, quelqu'un de fondamentalement sexiste</i> » et a « <i>besoin d'apprécier ses collègues pour faire son travail d'équipe correctement</i> ». « <i>J'ai l'impression que nous on fonctionne un peu dans le monde des bisounours, genre c'est trop cool de travailler dans notre maison de santé.</i> »
MS1 - E5	« <i>Travailler toujours en lien avec [le quartier], tisser des liens avec la collègue issue du centre médicosocial de la Maison des Aînés et avec les infirmières</i> »,
Coordinateurs MS1 et MS2	Un coordinateur de MS1 : précise qu'étant attaché à une équipe, il était « <i>en capacité d'accompagner cette équipe, mais pas forcément une autre</i> » (E6). Le coordinateur de l'équipe de MS2 réitère « <i>la dimension interpersonnelle</i> », à savoir que l'équipe « <i>s'apprécie bien, se connaît bien et se voit aussi en dehors des moments du boulot</i> » (E4).
Rapport d'activité MS2 2020	« <i>Un temps important de rencontres formelles et informelles</i> » dédié à « <i>l'animation des réseaux partenaires, qu'ils soient médico-sociaux, éducatifs ou culturels</i> », pour mieux se connaître et travailler ensemble »
MS1 et 2 E1 et E2	Les effets délétères de la crise du COVID : « <i>l'arrêt des actions collectives</i> » ; « <i>l'isolement et les ruptures de soins et de lien social</i> » de la patientèle, ainsi que « <i>le lien fort entre les maisons de santé au niveau national et local, effacé par la crise</i> ». De nouvelles stratégies ont été pensées afin de préserver au mieux les liens pendant le confinement (Groupe Whats App, page Facebook, consultations de télé orthophonie, une émission TV santé en direct). Remobilisation des publics, rendue difficile par « <i>la fracture numérique et la barrière de la langue</i> » (E2), qui touche la patientèle cible des quartiers prioritaires de la ville, nécessite de « <i>travailler à l'échelle partenariale et inter quartier</i> » (E1) la question du lien social.

Confort de réalisation de l'activité	
MS1- E5	<p>« J'avais remplacé des médecins en campagne, ils avaient une vie que je trouvais une vie de dingue, des journées intenses, pas le temps de réfléchir [...]. Je n'avais pas du tout envie de travailler dans des conditions pareilles, j'avais envie de profiter de ma vie »</p> <p>« La possibilité de faire dans de bonnes conditions son métier. Ça c'est déjà sympa. »</p> <p>« Mutualiser les moyens et les ressources »,</p> <p>« Mon bureau, pour moi c'est un luxe inouï, pas beaucoup de médecin dispose d'un bureau pareil. Je suis très heureux »</p> <p>E5. « Là maintenant, mes patients sont accueillis, ils ont une réponse en terme par exemple de médecin, le projet de santé se décline mais là, je suis en train de parler avec vous.</p> <p>A. Oui</p> <p>E5. Voilà, ça me le permet, alors que les collègues que je remplaçais à une époque, ne peuvent plus parler avec vous. »</p>
E3	<p>J'avais quand même cette envie de travailler à plusieurs.</p> <p>« Le salariat implique des choses, qui moi, ne me conviennent pas »</p> <p>« Je n'ai pas de conditions de vie que j'avais envie d'avoir et en salariat, les ortho sont payées sur les grilles de bac +2, donc on est payé au smic et ça ne me convenait pas d'avoir, en fait, des N+2, des N+1, de faire un devis pour une boîte de Playmobil, ça ne m'intéresse pas. De devoir présenter X devis pour faire une formation, et devoir attendre 6 mois pour avoir l'aval de ma chef »</p>
MS2- E1	« On m'a proposé un meilleur salaire, des conditions de travail plus confortables donc ça c'est la 1 ^{ère} raison ».
MS1 et MS2	<p>Le projet immobilier peut s'avérer difficile en milieu urbain.</p> <p>Pour l'équipe de la MS2, « la question des locaux est problématique » ; en effet, « il n'y a pas de confidentialité » et « une quinzaine de professionnels partagent six bureaux » (E1).</p> <p>MS1 s'est installée en 2021 dans de nouveaux locaux spacieux et « fonctionnels », qui offrent plus de « visibilité » à la MSP et permettent notamment « d'accueillir les internes dans de meilleures conditions » (E5).</p>
Qualité et sens semblent intrinsèquement mêlés	
MS1- E6 coordinateur	Fonction de coordinateur : « L'attrait de la nouveauté », « la complexité dans tout son intérêt pas le fait que ce soit compliqué, mais le fait qu'il y a des choses à comprendre, alors le fait d'y être restée, c'est vraiment la

	<i>complémentarité entre mes 2 métiers : à avoir quelque chose qui me permette de réfléchir et quelque chose qui me permette de passer à l'action et inversement, donc vraiment dans une espèce de boucle de rétroaction avec l'impression du coup d'être toujours en formation et de pouvoir vraiment réinvestir les chantiers de l'un vers l'autre et d'être stimulée par rapport à ça, le côté relationnel »</i>
MS2- E1 Coordinateur	<i>Fonction de coordinateur : « j'avais l'impression que je pouvais évoluer dans le milieu de la santé, c'est à dire que moi en tant que coordinatrice, je suis à un endroit qui fait que j'ai suffisamment de routine pour que ce soit sécuritaire et j'ai suffisamment de choses nouvelles qui s'ajoutent pour que ce soit toujours un peu entraînant, toujours un peu nouveau, toujours un peu au défi. »</i>
	<i>« Je peux faire mon métier comme je le conçois, j'ai pas du tout envie de faire une médecine de complaisance et mon envie était que ma qualité puisse servir à quelque chose [...]. L'envie de participer à une dynamique qualitative, qui rend service à la santé [...], où chacun apportera son regard et pourra croiser les regards sur une situation donnée et répondre de manière plus pertinente, en tant que médecin, je n'ai qu'une réponse parcellaire. C'est ce genre de qualités qui sont présentes et qui sont attractives ! Vous voyez c'est très satisfaisant, ça donne envie ».</i>
MS1 et MS2	<i>« Une richesse pour leur propre exercice : le côté touche-à-tout, couteau suisse » (E4), « un enrichissement de leur pratique » (E3), « le plaisir de ces moments de réussite, de ces rencontres, beaucoup de plaisir dans ce qui peut se passer » ainsi qu' « une dynamique qualitative, qui rend service à la santé [...]. C'est ce genre de qualités qui sont présentes et qui sont attractives ! C'est très satisfaisant, ça donne envie quoi » (E5)</i>
MS1 et MS2	<i>Des périodes de changements, la « la réécriture du projet de santé qui arrive [...] pendant cette période post-crise, en redescende de dynamique » (E4), à « l'intégration de nouveaux membres » (E5). Cette dynamique est retrouvée également dans l'exercice lui-même, qui offre un « double numéro d'équilibre entre la sécurité et du nouveau »</i> <i>« L'évolution des besoins de santé », « la mouvance d'un projet de santé, des postes et des équipes » (E1), mais également « aux envies des professionnels » (E1), « aux désirs des porteurs, de ceux qui ont initié le projet » (E7)</i>
MS1 et MS2	<i>Innovation : « un premier diagnostic de santé d'un territoire [sous la forme] d'une recherche-action qui s'intéressait à la satisfaction des personnes [...] et de leur attente en matière de santé » (E5), « peut-être le seul exemple en France [...] d'une structure hybride, dans laquelle fonctionnent une MSP et un centre de santé dentaire » (E5)</i> <i>La pandémie a été source de créativité et d'innovations : des « actions d'aller vers autour de la vaccination » ont été menées par MS1, cette même « maison de santé a été porteuse d'une CPTS qui s'est ouverte en période covid sur le territoire » ; la MS2 a mis en œuvre des consultations de télé-orthophonie ainsi TV Santé en Direct, une émission live pour partager des informations liées à l'épidémie de COVID-19 (E1 et E2- MS1)</i>

E7	<p>La singularité des « dynamiques [territoriales sur la commune], où les projets sont soutenus, portés et accompagnés, se font en partenariat avec tous les réseaux associatifs des quartiers, avec une logique associative »</p> <p>« Les projets soumis à son cycle de vie, (« le grand classique de la règle des 5/9. La lune de miel jusqu'à 5 ans. A 5 ans, émergent les lères questions. A 6- 7 ans, c'est la crise de management et c'est là qu'il faut se poser des questions en général. »</p>
E4	<p>« Vous êtes sur des relations de collaboration ou coopération ?</p> <p>E4. Collaboration, complètement »</p>
E7	<p>, « les professionnels ne veulent plus travailler [...] isolés dans leur coin et trouvent pertinent de côtoyer leurs confrères au sein de la structure parce que ça leur permet déjà de confronter leurs avis, de discuter du patient, de cas complexes et de se confronter aussi aux autres professionnels [...] et ça leur permet à eux-mêmes de s'éduquer et grandir ». (E7). « L'apport du point de vue extérieur » lors « des échanges interprofessionnels [...] est très enrichissant et très important dans la résolution de problèmes complexes » (E2). Concrètement, « les résultats des études [...] menées, référencées sur CAIRN² » indiquent « une différence nette entre cette modalité d'exercice et la modalité hors coordination », « un réel impact, plus significatif pour les patients » (E7).</p>
MS1 et MS2	<p><u>Formation et diversité des profils</u></p> <p>Tous les coordinateurs du Grand Est, tous d'un niveau Master 2 (E7), présentent des parcours singuliers, éloignés de la coordination en santé : « une formation juridique, une formation en psychologie [...], en sciences de l'éducation et ingénierie de la formation » (E7), un master en sociologie (E6) ainsi qu'un chargé de projet culturel (E4)</p> <p>Des parcours et formations hétérogènes, notamment les « secrétaires accueillantes » qui sont étudiantes en anthropologie ou en master de sociologie (E1)</p> <p>« Chaque maison de santé ne va pas à avoir les mêmes projets et [...] a fortiori, chaque maison de santé va avoir sa coloration ». (E7).</p>

UNE FONCTION DE COORDINATION CENTRALE

Une coordination bicéphale : Coordinateur à l'interface avec l'équipe et les acteurs externes.
Secrétaires/accueillants à l'interface avec l'équipe et les patients. (E1, E4 et E6)

« On est habituellement dans une relation hiérarchique ou en tout cas on l'associe assez facilement à une relation hiérarchique et pour le coup chez moi, la relation hiérarchique, elle est inversée parce que je suis censée manager mes employeurs » (E6)

Le coordinateur MS2 *« a à cœur que les choses se passent bien et qui est, justement cette vision commune, et y travaille vraiment. Il « nous recentre » donc je pense qu'elle « nous rend plus efficace. » (E3)*

Le coordinateur MS2 *« a les connaissances sur tout, elle a des connaissances sur nos métiers respectifs, sur nos organisations propres, elle a des connaissances plus générales sur l'organisation de la maison de santé, elle fait le lien. » (E3) °*

« On mutualise des choses, on organise. C'est l'organisation qui est rendue possible par cette structure, qui permet ça » (E5)

« Coordination, c'est une fonction, qui a mon sens, est fondamentale. C'est notre coordinatrice qui structure tout ça. Ça permet de poser et d'accomplir les éléments du projet de santé parce que chaque professionnel est pris dans son rythme de travail..., qui sollicite, qui fait avancer les choses, qui provoque les rencontres, qui garantit d'une certaine manière par son organisation, par sa présence, par les liens qu'elle tisse, qui garantit cette coopération régulière, » (E5)

« Cela permet de donner de la substance, de la réalité. C'est vraiment important. Très tôt, on a fait le choix de recruter un coordinateur, et j'en suis vraiment heureux. » (E5)

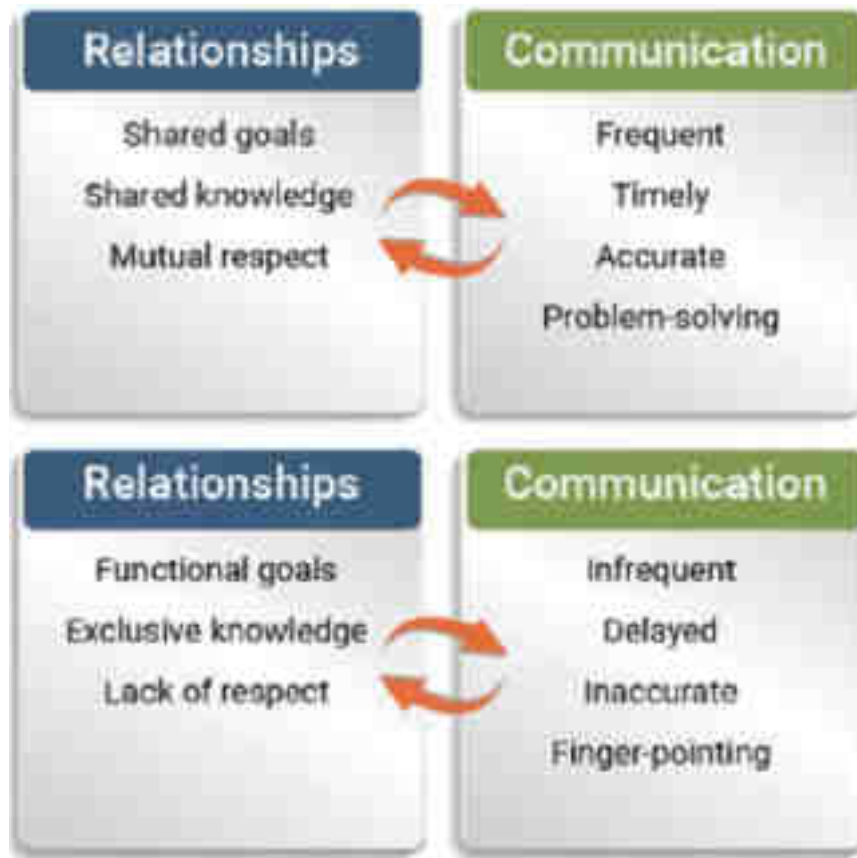
« Il y a que du coup 3 médecins qui ont porté le projet initial et les autres finalement sont venus y adhérer sans l'avoir construit, alors après, c'est effectivement là mon rôle de coordinatrice que d'irriguer au cours des discussions, au cours des projets, l'intérêt du projet collectif, les nuances » (E6)

La professionnalisation de la collaboration :

Compétence et diversité des profils : *« tous les coordinateurs du Grand Est, tous d'un niveau Master 2 (E7), présentent des parcours singuliers, éloignés de la coordination en santé : « une formation juridique, une formation en psychologie [...], en sciences de l'éducation et ingénierie de la formation » (E7), un master en sociologie (E6) ainsi qu'un chargé de projet culturel. » (E4)*

« Certaines maisons de santé ont travaillé longtemps sans coordinateur, ils arrivent à faire de la médecine mais de la médecine sanitaire uniquement. Dès que l'on veut sortir un petit peu de ce champ-là, il faut un coordinateur. La mise en place de protocole, de coordination, ça nécessite un coordinateur. e. Je ne sais pas faire la gestion de projet. Je n'ai pas les outils, je n'ai pas la compréhension. Le management ça ne s'invente pas. » (E5)

ANNEXE XVII. Relational coordination model (Gittell, 2016)



Source : Singh, Shailen et Keese, Jeffrey, « Applying systems-based thinking to build better IEP relationships: a case for relational coordination ». Support for Learning no.35, 2020

ANNEXE XVIII. Grille de maturité de la HAS



Matrice de maturité en soins primaires

Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires



Source HAS

Les 4 dimensions de Stephen Shortell

La dimension stratégique

Identification des processus clés

La dimension technique

Méthode projet, organisation d'un système qualité, maîtrise des méthodes et outils de la qualité

La dimension structurelle

Coordination, planification

La dimension culturelle

Travail collaboratif, transversal en équipes
Culture qualité, culture positive de l'erreur

Source : Extrait des cours de Mme Billing – EM- Master 2 MOS 2022- après autorisation.