

Mise au point

Angéline Nguyen¹, Frédéric Joachim², Sarah-Line Lancrerot³, Sylvie Duhamel⁴

¹Médecin généraliste, Toulouse
nguyenangeline88@gmail.com

²Etudiant en psychologie, Université Paris 8

³Médecin de santé publique, Marseille

⁴Université de Bordeaux, Département de Médecine Générale de Bordeaux

Tirés à part : A. Nguyen

Résumé

Les regroupements en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ont toujours été présentés par leurs promoteurs et les agences régionales de santé comme un moyen d'éviter l'épuisement professionnel des soignants. Cette affirmation manquait de preuves. Ce travail interrogeant 234 professionnels vient nuancer le dogme. La grande majorité des soignants ont déclaré se sentir bien en MSP mais plus de la moitié ont exprimé ressentir du stress au travail et quelques-uns une dégradation sur leur qualité de vie, leur santé ou leur moral. Les résultats permettent d'identifier des facteurs contribuant à l'épanouissement et d'autres qui soient plus délétères. Le travail coordonné et regroupé ne s'improvise pas et n'est pas systématiquement synonyme d'amélioration de la qualité de vie professionnelle ou personnelle. Tout dépend du projet mené avec cadrage de l'activité, répartition des tâches et du temps de travail.

• Mots clés

maisons de santé pluriprofessionnelles ; exercice médical coordonné ; stress professionnel ; qualité de vie ; modèles organisationnels.

Abstract. Does the consolidated and coordinated exercise in MSP protect against burnout? Questioning a paradigm

Groupings in a multi-occupational health center (MSP) have always been presented by their promoters and the regional health agencies as a way of avoiding burnout among carers. This statement lacked evidence. This work questioning 234 professionals nuances the dogma. The vast majority of caregivers reported feeling good about MSP, but more than half said they felt stress at work and some felt it was a

L'exercice regroupé et coordonné en maison de santé pluriprofessionnelle est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme

Introduction

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), au nombre de 910 en France en 2017 [1], sont définies depuis 2007 comme un exercice coordonné entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux autour d'un projet de santé [2]. Ces structures favorisent la croissance de la file active en diminuant la dépense en soins [3] et améliorent la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2, de la prévention et l'efficacité de la prescription [4].

En mars 2017, le second volet, ambulatoire, de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail incitait au développement de l'exercice coordonné [5]. Les aides financières forfaitaires ont été pérennisées avec l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), sous condition d'accès aux soins, de travail en équipe et d'utilisation d'un système d'information partagé.

Les MSP répondraient à une attente des professionnels libéraux et de la population [6]. Or, une thèse qualitative a identifié en 2013, chez des médecins généralistes, l'existence de meilleures conditions de travail et de qualité de vie mais aussi des facteurs péjoratifs : conflits humains, charge de travail, lourdeurs structurelles et administratives et manque de formation [7]. En 2016, une étude quantitative auprès de 200 omnipraticiens a montré que l'installation en MSP n'était pas significativement protectrice de burnout [8].

Notre objectif principal était de déterminer si l'exercice regroupé et coordonné en MSP serait protecteur de l'épuisement professionnel de ses acteurs en identifiant les critères protecteurs et péjoratifs. Ce travail est issu d'un mémoire présenté dans le cadre du Diplôme Inter-Universitaire Diplôme Inter-Universitaire « Soigner les soignants » en novembre 2018, disponible sur www.diu-soignerlessoignants.fr.

Méthode

Cette enquête descriptive et transversale par autoquestionnaire a été menée de mars à juillet 2018. La population cible était représentée par tout



deterioration in their quality of life, health or morale. The results identify factors that contribute to fulfillment and others that are more deleterious. Coordinated and grouped work cannot be improvised and is not systematically synonymous with improving the quality of professional or personal life. Everything depends on the project carried out with framing of the activity, distribution of tasks and working time.

• **Key words**

health centers; community; practices; group; occupational stress; quality of life; organizational models; burn out.

DOI: 10.1684/med.2019.403

Les analyses quantitatives ont été réalisées avec le logiciel R version 3.5.1. Une analyse univariée par test de Chi² a permis de rechercher une association entre la variable d'intérêt *qualité de vie* et *les facteurs organisationnels*. Le seuil de significativité était $p < 0,05$ après recodage en deux dimensions *qualité de vie dégradée* et *qualité de vie améliorée*. Une analyse qualitative des verbatims a été réalisée après codage axial.

Résultats

Le nombre de sondés est de 234 dont 44 % de médecins, 30 % de professionnels paramédicaux, 23 % de coordonnateurs ou secrétaires et 3 % de dentistes ou sages-femmes. L'ancienneté dans la profession était en moyenne de 15 ans (0-40 ans) ; la médiane à 11 ans. L'exercice en MSP était exclusif pour 72 % et globalement récent : 45 % exerçaient en MSP depuis deux à cinq ans et 30 % depuis moins de deux ans.

Indicateurs de santé au travail en MSP

Les professionnels aimaient leur travail (96 %), se sentaient bien dans la MSP (93 %) et pensaient pouvoir continuer de la même façon jusqu'à la retraite (77 %). Ils déclaraient majoritairement une amélioration globale de leur santé depuis l'exercice en MSP (*tableau 1*).

professionnel exerçant en MSP, y compris les coordonnateurs et secrétaires. Le questionnaire anonyme en ligne a été créé sur LimeSurvey et diffusé via les fédérations régionales adhérentes à la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Il était basé sur l'étude des réactions émotionnelles en situation de travail du questionnaire SATIN V3.0 [9], des risques psychosociaux de Gollac et Bodier [10] selon la méthodologie d'intervention de l'INRS [11]. Les questions ont été adaptées au regard d'expériences personnelles en MSP, des dimensions évoquées dans certains travaux [7, 8, 12] et du cahier des charges de l'ACI.

Les caractéristiques de la population d'étude ont été recueillies : profession, ancienneté dans la profession et en MSP, exclusivité de l'exercice. Puis, des questions à choix multiples ont été posées avec échelles de Likert polarisées en quatre échelons sur l'environnement de travail, les rapports sociaux, la gratification, le cadrage de l'activité, les conditions de travail et le ressenti sur la santé, depuis l'exercice en MSP. Pour le stress professionnel perçu et la satisfaction professionnelle globale, les échelles étaient à cinq échelons. Le test d'inventaire de burnout de Maslach (MBI-test) était facultatif. Trois questions ouvertes ont exploré les représentations sur l'exercice en MSP.

Un stress au travail a été exprimé par 65 % des sondés et un tiers pensaient pouvoir craquer à cause du travail. Le score MBI a été reporté par 44 % de l'échantillon. Parmi ceux-ci, 6 % avaient un niveau important d'épuisement professionnel alors que 33 % étaient indemnes pour toutes les dimensions.

Impact perçu des critères organisationnels

Très peu ont estimé que leur cadre de travail « contrarie fortement » (0 à 5 %) ou « ne convient pas » (2 à 27 %).

• **Environnement et conditions d'exercice**

Le partage des locaux avec d'autres professionnels contribuait à leur épanouissement pour 50 %. Le système d'information partagé, obligatoire en MSP, ne convenait pas ou contrariait pour 23 %. La présence d'un coordonnateur identifié était épanouissante (34 %) ainsi que la possibilité d'adapter son rythme de travail (32 %). La charge de travail ne convenait pas (21 %) ainsi que la gestion des absences des professionnels de la structure (20 %) (*tableau 2*).

• **Rapports sociaux et gratification**

À l'inverse des échanges formels et des relations institutionnelles, les échanges informels étaient plébiscités comme facteur d'épanouissement (58 %) ainsi que la diversité des contacts (59 %). Les professionnels citaient

• **Tableau 1.** Évolution des indicateurs de santé depuis l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

	Énormément dégradé, n (%)	Légèrement dégradé, n (%)	Légèrement amélioré, n (%)	Considérablement amélioré, n (%)
Qualité de vie	5 (3)	26 (13)	114 (58)	51 (26)
État de santé	7 (4)	46 (24)	121 (62)	21 (11)
Moral	5 (3)	27 (14)	104 (53)	59 (30)

• **Tableau 2.** Impact des critères organisationnels.

	Me contrarie fortement, n (%)	Ne me convient pas, n (%)	Me convient, n (%)	Contribue à mon épanouissement, n (%)
Zone de pause	0 (0)	24 (10)	117 (51)	90 (39)
Partage des locaux	0 (0)	5 (2)	111 (48)	116 (50)
Accueil physique du patient	0 (0)	21 (9)	160 (69)	51 (22)
Parcours du patient	0 (0)	21 (9)	183 (79)	28 (12)
Système d'information	8 (3)	45 (19)	138 (60)	41 (18)
Salle de réunion	5 (2)	24 (10)	134 (58)	69 (30)
Dispositif de sécurité	8 (4)	63 (27)	149 (65)	10 (4)
Prise en compte des risques	3 (1)	54 (24)	158 (69)	14 (6)
Matériel de travail	1 (0)	12 (5)	155 (67)	63 (27)
Charge de travail	6 (3)	42 (21)	129 (65)	23 (12)
Adaptation du rythme	3 (2)	22 (11)	112 (56)	63 (32)
Gestion des absences	5 (3)	40 (20)	131 (66)	24 (12)
Coordonnateur identifié	5 (3)	18 (9)	110 (55)	67 (34)
Remplaçants	6 (3)	35 (18)	135 (68)	24 (12)
Délégation administrative	6 (3)	36 (18)	107 (54)	51 (26)
Charges financières	9 (5)	20 (10)	159 (80)	11 (6)

l'intérêt pour leur travail et la variété de celui-ci comme facteur protecteur, alors que la rémunération et le financement *via* l'ACI ne convenaient pas pour 21 % et 24 % (*tableau 3*).

• **Cadrage de l'activité**

La liberté dans le travail était un facteur d'épanouissement (50 %). L'interruption des tâches et le partage des tâches étaient peu appréciés (*tableau 4*).

• **Tableau 3.** Impact des rapports sociaux.

	Me contrarie fortement, n (%)	Ne me convient pas, n (%)	Me convient, n (%)	Contribue à mon épanouissement, n (%)
Relations institutionnelles	6 (3)	39 (18)	156 (72)	17 (8)
Échanges en réunions	2 (1)	28 (13)	123 (56)	65 (30)
Accueil des étudiants	5 (2)	14 (6)	139 (64)	60 (28)
Échanges informels	2 (1)	15 (7)	75 (34)	126 (59)
Diversité des contacts	0 (0)	5 (2)	84 (39)	129 (59)
Sorties collectives	4 (2)	25 (13)	115 (58)	56 (28)
Ambiance	3 (2)	18 (9)	86 (43)	93 (47)
Prise en compte des avis	3 (2)	33 (17)	125 (63)	39 (20)
Soutien moral	3 (2)	18 (9)	99 (50)	80 (40)
Aide pour le travail	2 (1)	25 (13)	128 (64)	45 (23)
Intérêt de mon travail	0 (0)	5 (2)	81 (37)	132 (61)
Variété du travail	0 (0)	9 (4)	83 (38)	126 (58)
Développement de projets	3 (1)	21 (10)	111 (51)	83 (38)
Évolution des compétences	1 (1)	26 (12)	120 (55)	71 (33)
Niveau de rémunération	5 (2)	45 (21)	154 (71)	14 (6)
Rémunération <i>via</i> l'ACI	5 (2)	53 (24)	146 (67)	14 (6)
Retour-qualité	2 (1)	20 (10)	139 (70)	39 (20)

• **Tableau 4.** Impact du cadrage de l'activité.

	Me contrarie fortement, n (%)	Ne me convient pas, n (%)	Me convient, n (%)	Contribue à mon épanouissement, n (%)
Interruptions de tâches	8 (4)	51 (24)	140 (66)	12 (6)
Partage des tâches	11 (5)	38 (18)	143 (68)	19 (9)
Gestion des « soins non programmés »	6 (3)	38 (18)	148 (70)	19 (9)
Labellisation MSP	6 (3)	28 (14)	144 (72)	21 (11)
Présence d'un leader	7 (3)	29 (14)	146 (69)	29 (14)
Dépendance entre les PRO	2 (1)	19 (9)	151 (72)	39 (19)
Cohérence avec définition du poste	2 (1)	26 (12)	139 (66)	44 (21)
Partage des patients	2 (1)	5 (2)	153 (73)	51 (24)
Multi-casquettes	2 (1)	10 (5)	131 (62)	68 (32)
Complémentarité entre les PRO	1 (1)	9 (4)	120 (57)	81 (38)
Liberté dans la réalisation du travail	3 (1)	11 (5)	91 (43)	106 (50)

Association de la qualité de vie du professionnel avec les facteurs organisationnels

L'influence des variables catégorielles de notre échantillon a été contrôlée : l'ancienneté en MSP, le travail exclusif en MSP et la profession n'avaient pas d'effet significatif sur leur qualité de vie. Il y avait une concordance significative entre les résultats du MBI-test et ceux sur la qualité de vie ([tableau 5](#)).

Les groupes qualité de vie améliorée et qualité de vie dégradée étant comparables, le [tableau 6](#) présente les facteurs avec un impact statistiquement significatif démontré.

Quand ces critères d'organisation étaient perçus positivement, ils avaient un effet protecteur sur la qualité de vie des professionnels, notamment, s'ils étaient conformes au projet antérieur à la MSP. La bonne ambiance, la convivialité entre collègues, la gestion des absences et des soins non programmés et l'entente sur le partage des tâches optimisaient la qualité de vie. En revanche, si la présence du leader ou du coordonnateur était vécue négativement, on constatait statistiquement une dégradation de la qualité de vie.

Les facteurs péjoratifs pour le professionnel en MSP étaient : le déséquilibre perçu entre la participation financière aux charges et la rémunération, les difficultés de recrutement des remplaçants et de gestion des

• **Tableau 5.** Qualité de vie depuis l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

	Qualité de vie, depuis l'exercice en MSP		p-value
	Améliorée (n = 165)	Dégradée (n = 31)	
<i>Je travaille en MSP depuis :</i>			0,68
De 2 à 5 ans	49 %	45 %	
De 5 à 10 ans	18 %	13 %	
Moins de 2 ans	27 %	32 %	
Plus de 10 ans	7 %	10 %	
<i>Travail exclusif en MSP</i>	70 %	84 %	0,63
<i>Profession</i>			0,97
Autre professionnel paramédical	17 %	19 %	
Coordinateur	16 %	10 %	
Infirmier diplômé d'État	15 %	13 %	
Médecin	42 %	52 %	
Secrétaire	10 %	3 %	
Dentiste	1 %	3 %	
<i>Moins de 2 composantes atteintes au MBI-test</i>	99 %	72 %	< 0,001

Mise au point | L'exercice regroupé et coordonné en MSP est-il protecteur de l'épuisement professionnel ? Remise en question d'un paradigme

• **Tableau 6.** Facteurs ayant un impact démontré sur la qualité de vie.

	Qualité de vie, depuis l'exercice en MSP		
	Améliorée (n = 165)	Dégradée (n = 31)	p-value
<i>La variété de ce que je fais dans mon travail</i>			
Contribue à mon épanouissement	62 %	48 %	< 0,001
Me convient	36 %	36 %	
Ne me convient pas	2 %	16 %	
<i>Mon niveau de rémunération depuis mon exercice en MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	7 %	3 %	< 0,001
Me convient	70 %	65 %	
Ne me convient pas	21 %	26 %	
Me contrarie fortement	2 %	7 %	
<i>La présence d'un leader</i>			
Contribue à mon épanouissement	16 %	3 %	< 0,001
Me convient	71 %	61 %	
Ne me convient pas	11 %	26 %	
Me contrarie fortement	2 %	10 %	
<i>Le partage des tâches au sein de la MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	11 %	3 %	< 0,001
Me convient	69 %	58 %	
Ne me convient pas	15 %	29 %	
Me contrarie fortement	5 %	10 %	
<i>La gestion des « soins non programmés »</i>			
Contribue à mon épanouissement	10 %	7 %	< 0,001
Me convient	70 %	68 %	
Ne me convient pas	18 %	19 %	
Me contrarie fortement	2 %	7 %	
<i>L'organisation lors des absences imprévues</i>			
Contribue à mon épanouissement	14 %	3 %	< 0,001
Me convient	66 %	65 %	
Ne me convient pas	19 %	23 %	
Me contrarie fortement	1 %	10 %	
<i>La présence d'un coordonnateur identifié de la MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	37 %	16 %	< 0,001
Me convient	55 %	55 %	
Ne me convient pas	7 %	19 %	
Me contrarie fortement	1 %	10 %	
<i>Le recrutement et l'accueil des remplaçants</i>			
Contribue à mon épanouissement	13 %	10 %	< 0,001
Me convient	69 %	58 %	
Ne me convient pas	18 %	19 %	
Me contrarie fortement	1 %	13 %	
<i>La délégation de tâches administratives au secrétariat</i>			
Contribue à mon épanouissement	27 %	23 %	< 0,001
Me convient	54 %	48 %	
Ne me convient pas	18 %	19 %	
Me contrarie fortement	2 %	10 %	
<i>Ma participation financière aux charges de fonctionnement de la MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	6 %	3 %	< 0,001
Me convient	83 %	61 %	
Ne me convient pas	10 %	13 %	
Me contrarie fortement	1 %	23 %	

Tableau 6 (Suite)

	Qualité de vie, depuis l'exercice en MSP		
	Améliorée (n = 165)	Dégradée (n = 31)	p-value
<i>Les rencontres en dehors du lieu de travail avec mes collègues</i>			
Contribue à mon épanouissement	31 %	13 %	< 0,001
Me convient	58 %	52 %	
Ne me convient pas	10 %	26 %	
Me contrarie fortement	1 %	10 %	
<i>L'ambiance qui règne au sein de la MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	49 %	39 %	< 0,001
Me convient	44 %	36 %	
Ne me convient pas	7 %	19 %	
Me contrarie fortement	1 %	7 %	
<i>La manière dont les avis des personnes sont pris en compte dans la MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	21 %	16 %	< 0,001
Me convient	66 %	45 %	
Ne me convient pas	13 %	32 %	
Me contrarie fortement	1 %	7 %	
<i>Le soutien moral que je peux recevoir de la part de mes collègues</i>			
Contribue à mon épanouissement	42 %	29 %	< 0,001
Me convient	52 %	36 %	
Ne me convient pas	6 %	29 %	
Me contrarie fortement	1 %	7 %	
<i>La démarche de labellisation en MSP</i>			
Contribue à mon épanouissement	12 %	3 %	< 0,001
Me convient	76 %	52 %	
Ne me convient pas	10 %	36 %	
Me contrarie fortement	2 %	10 %	
<i>Exercice conforme à l'image avant d'intégrer la MSP</i>	64 %	32 %	< 0,001

absences, l'insatisfaction du soutien moral reçu, la perception que sa parole n'est pas prise en compte.

Représentations et attentes des professionnels

Parmi les 466 verbatims recueillis, les motivations au travail collectif étaient la rupture de l'isolement, la complémentarité des compétences et la possibilité de délégation des tâches. Le regroupement dans un même lieu était beaucoup apprécié. L'émulation de groupe permettait de la co-construction d'idées novatrices et insufflait une énergie commune. Les termes « coopération » et « échanges » ont été cités par la quasi-totalité des sondés. Il y a eu beaucoup d'enthousiasme dans les témoignages avec des récits d'instant de convivialité et d'ambiance chaleureuse.

Les projets développés et la diversification des activités étaient associés aux notions d'utilité publique et d'amélioration des soins. Les professionnels revendiquaient une autonomie et un cadre de travail satisfaisant. L'organisation mise en place en amont de la constitution en MSP et

la maturation du projet étaient importantes pour la concrétisation.

Sur le versant négatif, le système d'information était jugé chronophage et non adapté. Le fonctionnement était lourd avec une tendance à la « réunionnité » et des institutions tantôt « rouleau compresseur », tantôt « usine à gaz ». Ils exprimaient une désillusion devant la surcharge de travail et des conflits de valeur : « manque d'entraide », « pas de soutien des confrères ».

L'absence de projet commun était critiquée, dénonçant une « pluriprofessionnalité de façade », source d'inertie dans les prises de décision. Le désinvestissement des collègues, voire leur individualisme, était beaucoup cité. Parfois, des motivations purement vénales au regroupement primaient. Certains déploraient la surcharge financière. La gestion des « urgences » était complexe avec la difficulté pour les secrétaires de faire face à l'insatisfaction des patients.

Les difficultés managériales et relationnelles étaient évoquées à plusieurs niveaux. Un cadrage de l'activité était réclamé (fiches de poste imprécises). Des infirmiers reprochaient une organisation « médocentrique », tandis que certains médecins décriaient des infirmiers

« peu investis » ou qui « ne coopèrent pas entre eux ». La casquette de leader pouvait être à la fois un moteur et un poids. Quelques professionnels déploraient des locaux insatisfaisants et une dégradation de la qualité des soins. Un médecin a songé à quitter la profession, en raison de ses conditions de travail.

Discussion

L'organisation du travail et la qualité de vie en MSP sont encore peu explorées. En réponse à notre objectif, la quasi-totalité des professionnels ont déclaré se sentir bien en MSP. La majorité exprimait une amélioration de leur qualité de vie, état de santé et moral depuis l'entrée en MSP.

Notre étude ne peut prétendre à une quantification des risques psychosociaux du travail en pluridisciplinarité, précisément en MSP. Plusieurs critères n'ont pas été explorés, notamment l'effet « taille de la structure ». Il existait un biais de sélection en ne testant pas celui ayant quitté la MSP (effet de travailleur sain). Un biais de désirabilité sociale était possible où la perception du burnout serait différente de la réalité mesurée [13], également avec une variabilité inter- et intra-individuelle de la perception des risques psychosociaux et une résignation acquise [14] définie par un évitement de la souffrance quand l'expérience a montré qu'il n'y avait aucune autre solution.

En revanche, elle explicite l'existence d'une organisation de travail spécifique et coordonné en soins ambulatoires. La perception des facteurs organisationnels influait sur la qualité de vie des répondants. Le mode d'organisation en MSP, s'il est coordonné de façon satisfaisante, pouvait avoir un effet protecteur sur les protagonistes.

La place laissée à la créativité des professionnels par les missions nouvelles permises par la MSP augmentait l'intérêt pour leur travail et la diversification des activités, facteurs protecteurs de burnout. Cette notion validée et reproductible d'autonomie et de « latitude décisionnelle » de Karasek [15] permettait l'optimisation des compétences et la participation de chaque acteur dans les prises des décisions vis-à-vis de son travail.

L'acceptation d'un coordinateur bien identifié était corrélée avec l'amélioration de la qualité de vie. Intégrer la cohésion entre les professionnels et la cohérence des projets fait partie des missions primordiales de ce coordinateur. Une formation adaptée est un atout : elle dynamise les réunions pluriprofessionnelles indissociables des MSP. En étant à la fois garant de la circulation de la parole entre les différents acteurs et porte-voix auprès des institutions, le coordinateur peut diminuer l'impact négatif des « lourdeurs administratives ». En 2014, dans une étude de deux MSP en France et en Belgique, l'un des éléments clés pour la dynamique de la MSP est l'animation d'interactions [16]. La convivialité au sein de la MSP, la complémentarité des différentes professions et l'émulation de groupe avaient contribué à l'épanouissement des participants. Ces résultats rejoignent ceux d'Estryn-Behar : une communication active interne, un soutien

psychologique régulier et une « gouvernance partagée », permettant une construction collective du travail, renforcent l'implication et le moral de l'équipe et réduisent le turn-over et ainsi le risque de burnout [13].

A contrario, lorsque le travail en MSP était mal vécu, la qualité de vie des professionnels se détériorait. Des facteurs protecteurs pour les uns devenaient péjoratifs pour d'autres, s'il existait un conflit avec la valeur « organisationnelle », par exemple la manière dont les avis des personnes étaient pris en compte dans la MSP.

L'accent de la prévention doit être mis auprès des 35 % qui peuvent craquer à cause du travail. Les nombreux verbatims ont fait resurgir le facteur humain face à une carence organisationnelle et des facteurs de risque de burnout. Ainsi, le management et la coordination d'équipe pouvaient représenter une charge mentale, avec une confusion des rôles entre le soin et la gestion. La privation d'autonomie ou de responsabilisation augmentait l'insatisfaction au travail ainsi que le désinvestissement des collègues et la segmentation de tâches. Un cadrage de la communication dès le départ est primordial. Les ambivalences de messages peuvent aussi nuire à la productivité alors que la motivation au travail peut être considérée comme une ressource [14].

Face aux difficultés relationnelles et à la sensation d'individualisme, le ou les leaders ont un rôle important dans la gestion des conflits. Le management, la gestion administrative et des relations humaines au travail manquent dans la formation initiale des soignants. On peut repérer des mécanismes de défense des professionnels tels que le clivage, voulant opposer les professions entre elles ou le démantèlement. Derrière un « individualisme » apparent, il peut y avoir un professionnel en difficulté, limitant les contacts pour éviter la confrontation à la complexité des relations professionnelles. Un cadre est nécessaire et passe par l'élaboration et le soutien d'une identité professionnelle. On a constaté des difficultés relationnelles et de gouvernance par la cohabitation de professions autonomes et rémunérées à l'acte. Ces tensions opposaient des logiques professionnelles (leadership médical dominant) et une logique pluriprofessionnelle (leadership partagé, rotatif ou collectif). Se confrontaient aussi, la réflexion centrée sur le patient et la réflexion populationnelle [12].

La clef de voûte est une organisation préalable au projet de MSP et une maturation suffisante du projet. Il n'y a pas ni structure idéale ni modèle unique de MSP. La forme de leadership est à choisir à la constitution de l'équipe, en pesant objectifs, compétences et juridictions professionnelles de chacun.

Les déterminants sont différents entre les professions et entre les individus [17, 18]. La réflexivité individuelle et collective peut aider au diagnostic organisationnel devant les évolutions et exigences structurelles et le panel de missions des MSP. L'appropriation des fiches de postes et du règlement intérieur fait partie de la prévention collective visant à améliorer la santé au travail. Réfléchissons à une stratégie commune devant l'affluence de nouveaux patients, ayant identifié la MSP comme lieu central de soins. En effet, les difficultés de gestion des flux de patientèle génèrent une insatisfaction

des différentes professions (sensation de diminution de la qualité des soins, mécontentement des patients, travail empêché, impact sur la vie personnelle).

Distinguons protocole pluriprofessionnel concerté dans une dynamique d'innovation et délégation de tâches avec maintien d'un rapport hiérarchique. Ces protocoles sont efficaces s'ils sont le fruit d'une réflexion autour du patient, sans charge mentale supplémentaire. En 2017, peu de projets de coopération interprofessionnelle ont été formalisés, révélant une faible maturité organisationnelle [19].

Conclusion

Exercer en MSP peut apporter une émulation de groupe, tout en gardant un statut d'indépendant. Plusieurs facteurs, tous très importants, sont à combiner : bienveillance, entraide et cohésion d'équipe. Mais il faut aussi de l'organisation, de la modélisation des actes et des protocoles pour lancer une dynamique. La démarche d'audit peut explorer positivement les problématiques existantes avant qu'elles ne se transforment en dysfonctionnements. Une approche ergonomique serait utile afin d'objectiver l'activité réelle des acteurs de la MSP en pluridisciplinarité. Puis, une coopération entre MSP via les CPTS favorisera la dynamisation d'une région et l'efficience organisationnelle au service d'une population.

RÉFÉRENCES

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier Les chiffres clés de l'offre de soins - Édition 2018. [Internet]. [cité le 16 juillet 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgoss_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
2. Article L6323-3 du code de la santé publique. [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
3. Mousquès J, Daniel F. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la santé juin 2015 ; 210.
4. Mousquès J, Daniel F. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Questions d'économie de la Santé août 2015 ; 211.
5. Ministère de la santé et des solidarités. Stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail-prendre soin de ceux qui nous soignent. Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire. Mars 2017. [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf
6. Juhlard JM, Crochemore B, Toubia A, Vallencien G. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. Ministère de la Santé et des Sports ; France. Secrétariat d'État à la politique de la ville ; France. Secrétariat d'État à l'aménagement du territoire ; 2010 janv/52*. Paris : La Documentation française, 2010.
7. Didier F. *Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle : enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs* [thèse d'exercice, médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, 2013.
8. Guillemot-Léquipé M. *Une installation en maison de santé pluridisciplinaire est-elle protectrice contre le burnout ? Étude du lien entre mode d'installation, score d'accroissement personnel du Maslach Burnout Inventory, et facteurs de risque ou protecteurs de burnout* [thèse d'exercice, médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, 2016.
9. INRS. Institut national de recherche et de sécurité. Dossier bien-être au travail. Questionnaire Satin pour les entreprises de plus de 50 salariés [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/bien-etre-travail/questionnaire-satin.html>
10. Gollac M, Bodier M. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011, 223 p.
11. INRS. Institut national de recherche et de sécurité. Dossier risques psychosociaux. Questionnaires risques psychosociaux [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/questionnaires.html>
12. Fournier C. *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 sociologie]. Paris : université Paris-Sud, 2015.
13. Estryn-Behar M, Lassaunière J-M, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncohématologie et en gériatrie. *Med Palliat Soins Support Accompagnement Ethique* 2012 ; 11 (2) : 65-89.
14. Grosjean V. Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ? *INRS-Hygiène et sécurité au travail. Cahiers de notes documentaires* 2005 ; (198) : 29-40.
15. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979 ; 24 (2) : 285-308.
16. Beaucourt C, Kustos I, Masingue A, Roux L. La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gest Manag Public* 2014 ; 4 (2) : 61-79.
17. Tcha H. *Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côte d'Armor, 22)* [thèse de doctorat, médecine générale]. Brest : université de Bretagne occidentale, faculté de médecine et des sciences de la santé, 2012.
18. Estryn-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Inf Psychiatr* 2011 ; 87 (2) : 95-117.
20. Sebai J, Yatim F. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire, abstract. *Rev Fr Adm Publique* 2017 ; (164) : 887-902.



Pour la pratique

- L'organisation en MSP peut convenir à une majorité de professionnels si la construction du projet est réfléchi collectivement et en permanence.
- Les facteurs protecteurs seraient : l'intérêt et la variété du travail, la diversité des contacts et les échanges informels, le partage des locaux et l'ambiance.
- Les facteurs péjoratifs seraient : les interruptions de tâches, la rémunération selon l'ACI, la charge de travail, le système d'information et la gestion des absences des professionnels.
- La coordination est primordiale et peut s'appuyer également sur les non-soignants pour bien définir le cadre de l'activité.
- Les acteurs devraient partager la même conception de la pluridisciplinarité, participer à l'élaboration de leurs règles organisationnelles et clarifier les missions de chacun (urgences, manque de personnels et pics épidémiques).

~ Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.