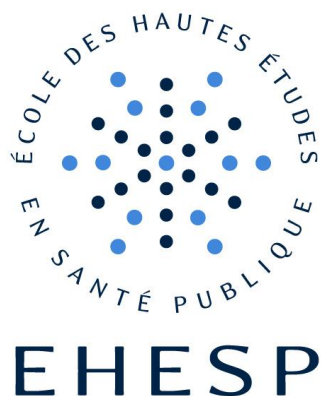




Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2015-2016**

Former des coordinateurs d'équipes de
soins primaires.
Analyse d'un dispositif innovant.

FREDERIQUE CAROFF KARSON

20 juin 2016

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur François Xavier Schweyer, professeur à l'EHESP au Département des Sciences Humaines et Sociales, et Docteur Rémy Bataillon, professeur affilié de l'EHESP et directeur adjoint à la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de la HAS, coresponsables de mon stage, pour la confiance, la disponibilité et l'attention que vous m'avez accordées. Je vous remercie de m'avoir accueillie au sein de votre équipe.

Je vous remercie Monsieur François Xavier Schweyer pour votre accompagnement, votre bienveillance, votre écoute, votre disponibilité dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon stage et de la réalisation de mon mémoire. J'ai beaucoup appris de votre tutorat, de votre rigueur, de vos précieux conseils, de nos échanges, et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie de m'avoir guidée dans cette expérience professionnelle.

Par ailleurs, je remercie les formateurs relais du dispositif de formation d'avoir accepté de me consacrer de leurs temps, malgré des emplois du temps souvent chargés. Ma gratitude va également aux six ARS et à Monsieur Dubois, Directeur général de Facilimed pour leurs disponibilités et leurs temps accordés. Je vous remercie pour ces échanges instructifs. Je remercie également les « apprenants » coordinateurs pour vos réponses à mes mails et pour l'accueil du groupe Pays de Loire.

Je remercie Monsieur Arnaud Campéon, responsable de formation du Master II « Pilotage des politiques et actions en santé publique » enseignant-chercheur à l'EHESP - Département de sciences humaines, sociales et des comportements de santé, pour la qualité de son accompagnement et de son encadrement du Master tout au long de l'année. Un grand merci à Madame Régine Maffei, qui m'a permis de réaliser ce travail dans de bonnes conditions.

Je remercie du fond du cœur Teresa, mon épouse, qui m'a accompagnée chaque jour dans la réalisation de ce travail.

S o m m a i r e

Introduction	1
1 D'une fonction à un métier de coordonnateur au sein d'une MSP ?	3
1.1 La construction de modèles d'exercice regroupé : un processus inachevé.....	3
1.1.1 <i>De la Maison de santé à l'équipe de soins primaires</i>	<i>3</i>
1.1.2 <i>Du pôle de santé à la Communauté professionnelle territoriale de santé.....</i>	<i>5</i>
1.2 Une dynamique collective : la Maison de Santé Pluriprofessionnelle.....	5
1.2.1 <i>Une analyse préalable</i>	<i>6</i>
1.2.2 <i>Une équipe à mobiliser autour du projet de santé.....</i>	<i>7</i>
1.2.3 <i>Un cahier des charges.....</i>	<i>9</i>
1.3 La mise en œuvre du projet de santé.....	10
1.3.1 <i>La coordination.....</i>	<i>10</i>
1.3.2 <i>Les NMR, outil de financement de la coordination et d'institutionnalisation</i>	<i>13</i>
1.3.3 <i>L'enjeu de la formation.....</i>	<i>15</i>
1.3.4 <i>L'initiative conjointe de l'HAS et de l'EHESP</i>	<i>15</i>
2 La mission de stage	16
2.1 Le dispositif de formation de l'EHESP.....	16
2.1.1 <i>Les compétences visées de la formation</i>	<i>17</i>
2.1.2 <i>Les modules de formation et son cadre de référence.....</i>	<i>18</i>
2.1.3 <i>Les rôles des acteurs du dispositif</i>	<i>19</i>
2.2 Le cahier des charges	20
2.3 La méthodologie de recherche	21
3 Etude du point de vue des coordinateurs formés sur le dispositif de formation	23
3.1 Les attentes exprimées par rapport à la formation	23
3.1.1 <i>Des images pour le dire</i>	<i>23</i>
3.1.2 <i>L'analyse thématique des attentes par régions.....</i>	<i>25</i>

3.1.3	<i>Un autre regard, l'analyse de similitude</i>	28
3.2	L'appropriation du dispositif de formation.....	29
3.2.1	<i>Le suivi des connexions des coordinateurs sur la plateforme</i>	29
3.2.2	<i>La perception du premier séminaire par les coordinateurs de Rhône Alpes</i>	34
3.3	Observation du déroulé du séminaire 1 des Pays de Loire	40
3.3.1	<i>Les séquences pédagogiques du séminaire 1</i>	40
3.3.2	<i>Quelques éclairages sur la technique d'animation</i>	42
3.3.3	<i>Des expressions d'inquiétudes de la part des coordinateurs</i>	42
4	Le regard des formateurs relais	45
4.1	L'analyse de similitude.....	45
4.2	L'analyse thématique	46
4.2.1	<i>Les formateurs relais</i>	47
4.2.2	<i>La formation</i>	48
	A) Les objectifs d'apprentissage.....	49
	B) Une équipe de formateurs relais : sa dynamique, sa place, sa légitimité.....	49
	C) L'animation des séminaires : le cadre pédagogique, le processus d'adaptation.....	51
	D) Les outils d'apprentissage : les contenus pédagogiques destinés aux stagiaires, les outils de régulations des formateurs relais, les techniques d'animation de séminaires	52
	E) Les écarts d'apprentissages des formateurs relais et leurs conséquences	54
	F) Les difficultés du formateur relais.....	55
4.2.3	<i>Le poids de la configuration régionale sur le dispositif de formation</i>	57
	A) Focus sur les six régions	57
	B) Les positions des formateurs varient selon les configurations régionales	59
5	Les ARS	61
5.1	Un soutien financier et institutionnel.....	61
5.2	La nature des relations entretenues par les ARS.....	62
5.2.1	<i>Sa relation avec les partenaires EHESP et les fédérations professionnelles</i>	62

5.2.2 <i>Sa relation avec le monde libéral</i>	62
5.2.3 <i>La formation, un levier de la politique régionale de l'organisation des soins primaires</i>	63
5.2.4 <i>Le regard de l'ARS sur la fonction de coordination.....</i>	64
Conclusion	66
Bibliographie.....	69
Glossaire	73
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AM : Assurance Maladie

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe

Bac : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CapP : Centre d'APpui à la Pédagogie

CDS : Centre De Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Copil : Comité de pilotage

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSP : Code Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la Sécurité sociale

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ETP : Education Thérapeutique du Patient.

ESPREC : Equipe de Soins de Premiers Recours En suivi de Cas complexe

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IRaMuTeQ : Interface de R pour les Analyses MULTidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACTE Soins Primaires : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe de Soins Primaires.

PASP : Portail d'Accompagnement aux Professionnels de Santé

PDS : Pôle de Santé

SCM : Société Civile de Moyens

SI : Système Information

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

URPS : Union Régionale des Professions de Santé

Introduction

Au cours de la dernière décennie, les conditions d'exercice de la médecine ambulatoire ont considérablement changé. L'évolution de la démographie médicale, le changement de la prise en charge de la population (pathologie chronique et population vieillissante), les réformes successives dans le domaine de la santé publique et de l'assurance maladie ont eu un impact sur les modalités d'organisation des soins primaires¹ (DREES, 2016).

Plus précisément, le médecin généraliste reconnu depuis 2004 spécialiste², est un médecin traitant garant du parcours de soins coordonné de l'assuré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En 2009, il devient médecin généraliste de premier recours³ qui contribue à l'offre de soins ambulatoire dans un paysage politique différent avec la création des agences régionales de santé⁴ (loi HPST, 2009). Si la place et le rôle des soins ambulatoires ont été renforcés, on constate dans le même temps que le nombre et l'activité moyenne des médecins généralistes diminueraient depuis 2005⁵. La réduction de l'activité moyenne des généralistes serait due aux évolutions structurelles de la profession (sa féminisation et son vieillissement) et à une aspiration à une meilleure qualité de vie par la réduction du temps de travail des professionnels (DREES, 2016). En réponse à ce changement structurel et à ces aspirations, le regroupement de l'exercice coordonné dans les soins de premiers recours serait « attractif » pour les professionnels de santé et générerait aussi une réduction des dépenses de santé (Mousquès, 2011). De plus, « les pouvoirs publics se trouvent confrontés à la nécessité d'assurer le maintien d'une offre de soins par territoire, puisque la répartition géographique des professionnels conduit à la formation de véritables déserts médicaux » (Bruguière, 2011).

Le registre FINESS recense 729 maisons de santé⁶ au 19 avril 2016 avec un objectif de 1000 MSP en fonctionnement d'ici 2017 annoncé dans le Pacte Territoire Santé 2. Les professionnels de santé de ces structures ont un exercice regroupé et coordonné, facilitant une meilleure coopération pluri professionnelle et dont la fonction de coordination est souvent exercée de façon informelle par le leader du projet de la MSP. Cette mission dont

¹ Cf. Glossaire : Soins primaires.

² Cf. Glossaire : Spécialité Médecine Générale.

³ Cf. Glossaire : Premiers Recours.

⁴ Cf. Glossaire : Agence Régionale de Santé.

⁵ Cette « diminution du nombre de généralistes (3.3 %) s'inscrit dans un contexte de croissance du nombre de médecins ». 37,5 % des diplômés de médecine générale après cinq ans d'exercice sont salariés et pour la quasi-totalité ne pratique pas la médecine de premiers recours définit précédemment (Bras, 2016).

⁶ Cf. Glossaire : FINESS.

la professionnalisation est encouragée au bénéfice d'une reconnaissance financière. Elle répond à une demande des professionnels de santé du terrain et à une volonté politique de développer la coordination dans les MSP par la loi de modernisation de la santé et le pacte santé territoire 1 et 2.

Le diplôme d'établissement « animateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires » piloté par l'EHESP, en partenariat avec l'HAS, les six ARS pilotes, l'ASIP, les fédérations des professionnels de santé a pour objectif de former les futurs coordinateurs de MSP. La formation a la particularité de présenter une harmonisation nationale par son contenu pédagogique dispensée sur une plateforme et une animation régionale grâce à des séminaires présentiels basés sur le partage d'expériences des coordinateurs.

L'objectif de ce travail consistera à présenter le dispositif, objet de la mission (2), et à analyser sa montée en charge en cherchant à comprendre les modalités d'appropriation des coordinateurs (3), des formateurs relais (4) et des ARS intervenants dans la formation (5). Au préalable, une présentation des MSP, lieu d'exercice des coordinateurs formés et une présentation de leur fonction et de son financement seront faites (1). La méthodologie de recherche employée pour la réalisation de la mission est présentée en partie 2.

1 D'une fonction à un métier de coordonnateur au sein d'une MSP ?

« La médecine générale est prise dans des reconfigurations profondes qui conduisent une partie de ses acteurs à quitter le modèle de l'exercice solitaire ou en cabinet de groupe mono-disciplinaire pour s'engager dans des projets innovants de maison de santé pluri-professionnelles (MSP). Cet élan s'inscrit dans un double mouvement émanant, d'une part de médecins de terrain, et d'autre part, des autorités de santé et des collectivités locales » (Fournier, 2014). Les professionnels souhaitent une amélioration de la qualité de la prise en charge, un renforcement de la continuité des soins, et un élargissement vers des missions de santé publique. Les autorités publiques désirent un accès aux soins égal pour l'ensemble de la population et une structuration d'un parcours de soins efficient. Le regroupement d'exercice coordonné en essor depuis une dizaine d'années est inscrit dans la loi de modernisation de la santé de 2016, comme un dispositif « d'équipes de soins primaires » dont les objectifs sont de contribuer à la structuration des parcours de santé, à promouvoir les soins de premier recours afin d'améliorer l'état de santé de la population et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ARS, 2016).

1.1 La construction de modèles d'exercice regroupé⁷ : un processus inachevé

1.1.1 De la Maison de santé à l'équipe de soins primaires

En 2006, la première distinction entre la « maison médicale »⁸ et la « maison de santé » émane du terrain, par des professionnels de santé. La maison de santé est dorénavant identifiée comme « un lieu d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels de santé libéraux du premier recours [...], orthophonistes, psychologues, diététiciens...et éventuellement des travailleurs sociaux, qui sont unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients » (De Haas, 2010). Dès 2007, le rapport de Jean Marc Juilhard *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?*, introduit pour la première fois la terminologie MSP dans un texte officiel⁹ et propose de développer l'exercice regroupé. Selon lui, cette « initiative née du terrain qui rencontre aujourd'hui un succès grandissant [...] mérite qu'on s'y arrête ». La clé de réussite de ce

⁷ Les deux modèles d'exercice coordonné Maison de santé et Pôle de santé sont présentés dans ce travail car les coordinateurs de la formation « animateurs de regroupements pluri-professionnels de soins primaires » exercent dans ces deux dispositifs avec une proportion très majoritaire en MSP. N'ayant aucun élève exerçant en Centre de santé, le dispositif ne sera pas explicité ici.

⁸ Cf. Glossaire : maison médicale.

⁹ Ce rapport fait état d'une baisse prévisible de médecins en activité de 9.4 % entre 2006 et 2025 et d'une probable aggravation des inégalités territoriales d'accès aux soins.

projet « est subordonnée à l'existence d'une vision commune de la pratique médicale qui comporte deux aspects : une prise en charge pluridisciplinaire du patient et une approche globale de la santé de la population ».

Ainsi en 2008, la maison de santé acquiert un statut juridique par l'adoption de la loi de financement de la Sécurité Sociale¹⁰ et de l'article L. 6323-3 du CSP. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé et peuvent associer des personnels médico-sociaux. Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

A ce premier cadre législatif, la loi relative à Hôpital Patients Santé Territoire de 2009¹¹ enjoint les professionnels de santé à élaborer un **projet de santé** en adéquation avec le SROS de l'ARS. La loi Fourcade de 2011¹² conditionne la composition minimale d'une équipe pluriprofessionnelle d'une MSP, à savoir **deux médecins minimum et un professionnel paramédical**. En définitive :

L'article L. 6323-3 du CSP décrit la maison de santé comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des **activités de soins sans hébergement de premier recours** [...] et, le cas échéant, de **second recours** [...] 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 d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé**. Le projet de santé est compatible avec les **orientations des schémas régionaux** [...]. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Pour faire appel à un financement public une MSP doit respecter le cahier des charges de la DGOS. Toute équipe de soins de premier recours formalisant un projet de santé bénéficiera des mêmes avantages réglementaires qu'une équipe en MSP. Ce qui fait dire à la FFMPs¹³ que le label maison de santé n'existe pas et que toute structure peut se nommer ainsi.

En 2016, l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé insérant l'article L. 1411-11-1 du CSP positionne les professionnels de santé de la MSP en « équipes de

¹⁰ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/12/19/BCFX0766311L/jo#JORFARTI000017726764> (site consulté le 11/05/2016).

¹¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - article 39

¹² Loi n° 2011-940 du 10 août 2011

¹³ <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-qu'une-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante> (site consulté le 11/05/2016).

soins primaires »¹⁴. Le médecin généraliste est « reconnu comme pivot de l'organisation des soins de premier recours » afin de contribuer à la structuration du parcours de santé des patients (Coutant et *al.*, 2016).

1.1.2 Du pôle de santé à la Communauté professionnelle territoriale de santé

Jusqu'en 2015, le Code de la santé publique a distingué les regroupements de professionnels de santé de premier recours en maison de santé et en pôle de santé. L'article L6323-4 du CSP définit ainsi les pôles de santé : « les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours [...], le cas échéant de second recours [...], et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. » Avec l'article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé, les regroupements de professionnels qui répondaient à la définition des pôles de santé deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁵.

Toutefois dans le langage courant des professionnels médicaux et paramédicaux le « pôle de santé » est une maison de santé hors les murs, des professionnels de santé partageant un même projet de santé dans des sites différents (multi-sites)¹⁶. Les définitions officielles des maisons de santé et des pôles de santé, n'ont pas été adoptées par le langage courant des professionnels de santé, c'est pourquoi il sera utilisé dans la suite de ce travail.

1.2 Une dynamique collective : la Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Une MSP est un lieu d'exercice pluriprofessionnel et coordonné en soins de premier recours offrant à la population de son territoire des soins, des actions de prévention et d'éducation pour la santé par exemple.

Ce mode d'exercice offre aux professionnels de santé les avantages d'une nouvelle organisation du travail qui leur permet de se recentrer sur leur cœur de métier, de travailler en équipe, d'assurer la continuité des soins et de répondre à l'évolution des rémunérations

¹⁴ Cf. Glossaire : équipes de soins primaires.

¹⁵ Cf. Glossaire : communautés professionnelles territoriales de santé

¹⁶ <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante> (site consulté le 11/05/2016).

des professionnels de santé. Les professionnels de santé voient aussi dans ce dispositif des freins : les contraintes du collectif plus onéreux que l'exercice en cabinet libéral¹⁷ ; la peur des conflits interpersonnels, la crainte de se confronter aux regards et aux jugements des autres. Ils redoutent une perte de leur autonomie, de leur liberté et la contrainte d'adopter des méthodes de travail différentes. Les professionnels de santé tentés par ce mode d'exercice vont bâtir leurs MSP en assemblant « six briques » décisives : l'analyse territoriale, la dynamique humaine, le projet de santé et le projet professionnel, la structure juridique, le financement du bâtiment, le projet immobilier. (De Haas, 2010).

Afin d'accompagner au mieux les professionnels de santé dans la réalisation de leurs projets de maison de santé, la DGOS a créé en 2010 un cahier des charges qui détaille les « caractéristiques de fonctionnement et d'organisation des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles » : le diagnostic préalable des besoins, le projet professionnel et le projet d'organisation de la prise en charge. Le respect par la MSP du « socle minimal » du cahier des charges lui permet de prétendre aux Nouveaux Modes de Rémunération et des aides de l'ARS¹⁸.

1.2.1 Une analyse préalable

L'équipe projet définit un territoire d'implantation de la MSP qu'il conviendra de mieux connaître grâce à une analyse territoriale réalisée par l'équipe projet ou par un cabinet de consulting. Elle permet de saisir le contexte socio-économique, démographique actuel et futur de la population et des professionnels de santé du territoire ; l'organisation de l'offre de soins et son accès du dit territoire ; l'état de santé de la population, les besoins et les attentes de la population en terme de santé (De Haas, *op. cit*). L'identification des besoins en soins s'effectue grâce au volet ambulatoire du SROS (DGOS, 2010).

L'équipe projet procède également à un état des lieux des politiques en faveur de l'installation d'une MSP et établit des contacts auprès des principaux et futurs partenaires : institutionnels, collectivités locales, représentants des professionnels de la santé ¹⁹(De

¹⁷ Une étude de la FFMPs de 2009 montre qu'un médecin exerçant en MSP dépense 4400 euros en moyenne de plus et par an qu'un médecin en cabinet solitaire. (De Haas, 2010).

¹⁸ Cf. Glossaire : Nouveaux Modes de Rémunération. Les aides financières de l'ARS sont destinées à accompagner les équipes de soins primaires à effectuer une analyse locale des besoins de santé ou à les aider à l'élaborer un projet de santé ; ou bien à investir dans le fonctionnement d'un projet de santé. <http://www.ars.bretagne.sante.fr> (site consulté le 13/05/2016).

¹⁹ Les partenaires institutionnels sont l'ARS ou sa délégation territoriale, le Conseil Général, le Conseil Régional ; les collectivités locales (mairie ou le président de la communauté des communes) ; les représentants des professionnels de la santé (URPS, Fédération régionale et nationale des Maisons et Pôles de santé, les Conseils Ordinaux)

Haas, *op. cit.*). Une analyse stratégique de l'organisation de soins sur le territoire basée sur l'étude d'opportunité étudie la faisabilité, les avantages et les inconvénients du projet, en tenant compte des attentes des professionnels de santé, des collectivités locales et de l'accessibilité aux soins pour les patients (*ibid.*).

L'étape du diagnostic territorial est vécue par les professionnels de santé comme une « obligation administrative » car ils considèrent « qu'ils ont la connaissance du terrain et que ce passage obligé n'est pas nécessaire » et que « ces éléments devraient être mis à disposition par l'ARS » (Fournier et *al.*, 2014a). Le diagnostic permet d'évaluer les besoins en santé de la population et d'inscrire dans le projet de santé les futures missions de la MSP (soins, prévention, éducation à la santé, formation, information, suivi...) (DGOS, *op. cit.*).

1.2.2 Une équipe à mobiliser autour du projet de santé

Le porteur de projet appelé leader est « la pièce principale de l'édifice. Dans le meilleur des cas, le leader prend naturellement son rôle » (De Haas, 2010). Sans la présence d'un pilote, peu de projets aboutissent. Le leader est souvent un médecin généraliste qui veille à connaître et analyser la motivation, les attentes, les besoins, les craintes des professionnels de santé et membres de l'équipe projet à s'engager dans le processus de création de MSP et de coopération interprofessionnelle pour permettre une bonne adhésion au projet. La construction d'une dynamique professionnelle est l'étape qui demande le plus d'énergie et de temps. L'équipe projet doit faire le lien avec les collectivités locales, partenaire important pour la réussite du projet, même si les objectifs diffèrent. Pour une collectivité locale, l'implantation d'une maison de santé permet de structurer un lieu de soins pour du long terme, d'améliorer l'accès aux soins de la population administrée et d'inscrire ce projet d'une durée de 2 ans environ dans un mandat électoral (*ibid.*).

Le projet de santé se décline en projet professionnel qui décrit l'organisation interne de la MSP et en projet de soins qui définit l'offre de soins proposée par la MSP sur son territoire. Le projet de santé expose la coordination interprofessionnelle mise en place pour répondre aux besoins en santé de la population. S'il est élaboré par l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure, il peut être un élément fortement fédérateur entre les professionnels. Il peut être amené à évoluer en fonction de la structure, des besoins et offre de soins du territoire (DGOS, *op. cit.*).

Le projet professionnel détaille la structure de la MSP : lieu de l'implantation, nombre de professionnels dans et hors les murs impliqués dans le projet, statut juridique, type de financement, etc. ; et relate l'historique du projet (*ibid.*).

Il précise son management : organisation interne, responsabilités de chaque professionnel, catégories professionnelles présentes (médicaux, paramédicaux, médico-sociaux et administratif) et leurs modes d'exercices et leurs temps de présence.

Le projet définit les mesures mises en place pour permettre « l'organisation pluri-professionnelle » des pratiques et des échanges au sein de la structure : le partage d'information via le système d'information (SI), l'organisation des réunions pluri professionnelles, la formalisation de la coordination des soins autour du patient, la formalisation de protocoles entre les professionnels de différentes disciplines et la coopération professionnelle »²⁰.

Il stipule également les dispositions relative à l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques ; au développement professionnel continu des professionnels de santé ; aux modalités d'accueil d'étudiant de médecine générale sur ce terrain de formation et de recherche à l'exercice pluridisciplinaire (*ibid.*).

Selon la DGOS (2010), **le projet de soins** (projet d'organisation de la prise en charge) indique les dispositions prises pour faciliter l'accès à tous aux soins, la continuité des soins (soins non programmés, élargissement des amplitudes horaires d'ouverture suffisante, participation à la permanence des soins, information aux patients des gardes sur le territoire, la prise en charge du patient assurée par la structure lors de l'absence de son médecin traitant) . Les notions de coopération externe, d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, d'observation épidémiologique et de veille sanitaire, de télémédecine sont également constitutives du projet de soins.

Une fois élaboré, validé et signé par l'ensemble des professionnels de santé de la structure, le projet de santé est transmis au Directeur Général de l'ARS. Ce projet outillera le futur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (**CPOM**) conclu entre l'ARS et la MSP (*ibid.*). Dans chaque région un Comité de sélection des MSP piloté par l'ARS, co-présidé par le préfet de région et le directeur général de l'ARS sélectionne et favorise les projets se positionnant dans des zones démographiques déficitaires en médecins généralistes par rapport aux besoins de la population et les projets de santé présentant une

²⁰ Cf. Glossaire : coopération professionnelle

pluridisciplinarité effective au cœur du projet de santé. Les projets élus par les partenaires institutionnels bénéficieront d'une aide financière à l'accompagnement méthodologique de formalisation de projet et d'investissement immobilier²¹.

La contractualisation aboutit à une organisation administrative et clinique coordonnée grâce à une communication efficiente et une coopération interprofessionnelle, une répartition du travail et des compétences. Cet exercice d'écriture nécessite de la part de l'équipe projet un travail de réflexion, d'introspection, de concertation qui est un « processus lent et, souvent laborieux. Il faut deux ou trois ans (ou plus) de réflexions communes avec des dizaines de réunions (en soirée habituellement) pour aboutir » et poser les bases de son futur exercice commun (Coutant et *al.*, 2016). Ce « processus d'élaboration d'un projet de santé, [...], opère une sorte de filtrage : il sélectionne *de facto* les professionnels de santé qui acceptent d'entrer dans une dynamique collective et qui, après l'avoir testée, y adhèrent volontiers ». Des professionnels de santé abandonnent au cours de l'élaboration du projet pour des raisons variées (perte de temps en réunions, manque d'intérêt pour le travail collectif, crainte du montage de la SISA). Par contre, pour les restants, le processus d'élaboration du projet de santé produit des « effets positifs sur la dynamique pluri professionnelle, malgré les difficultés rencontrées » et les professionnels « reconnaissent le bien-fondé d'une réflexion collective » (Fournier et *al.*, 2014a).

1.2.3 Un cahier des charges

Le projet de santé se décline structurellement dans un projet juridique, un projet immobilier et un projet financier. Les projets immobiliers et financiers ne sont pas abordés dans cet écrit car ces aspects ne figurent pas dans la suite du dispositif observé. Précisons toutefois que le projet financier, vise à mobiliser des aides financières d'origine européenne, nationale et régionale afin de finaliser une budgétisation du projet MSP. Sur le plan juridique et selon l'instruction du 23 mars 2012, 4 F-2-12, la **Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires** (SISA) est le cadre prévu par la loi Fourcade du 10 août 2011²², pour l'exercice regroupé des professionnels de santé libéraux en MSP.

²¹ L'ARS Bretagne apporte une indemnisation forfaitaire de 10 000 euros aux professionnels libéraux et une indemnisation à l'accompagnement méthodologique d'un consultant afin de formaliser leur projet professionnel. <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Comite-de-selection-des-maison.121450.0.html> (site consulté le 13/05/2016).

²² La loi Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011. Le Décret d'application est n°2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires a été publié le 25 mars 2012 au Journal Officiel. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id> (site consulté le 11/06/2016).

La SISA, (proche de la SCM) permet de gérer l'interprofessionnalité de la MSP ; de poser un cadre fiscal²³ et social sécurisé pour les professionnels et de percevoir des financements publics et de les redistribuer entre ses membres (dans le cadre des facturations forfaitaires à l'Assurance Maladie par le biais des nouveaux modes de rémunération).

Elle doit compter parmi ses **associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical**. De plus, suite à la publication du règlement arbitral par son arrêté du 23 février 2015, les NMR sont applicables aux structures de maison ou pôle de santé à la condition d'être constituée en SISA.

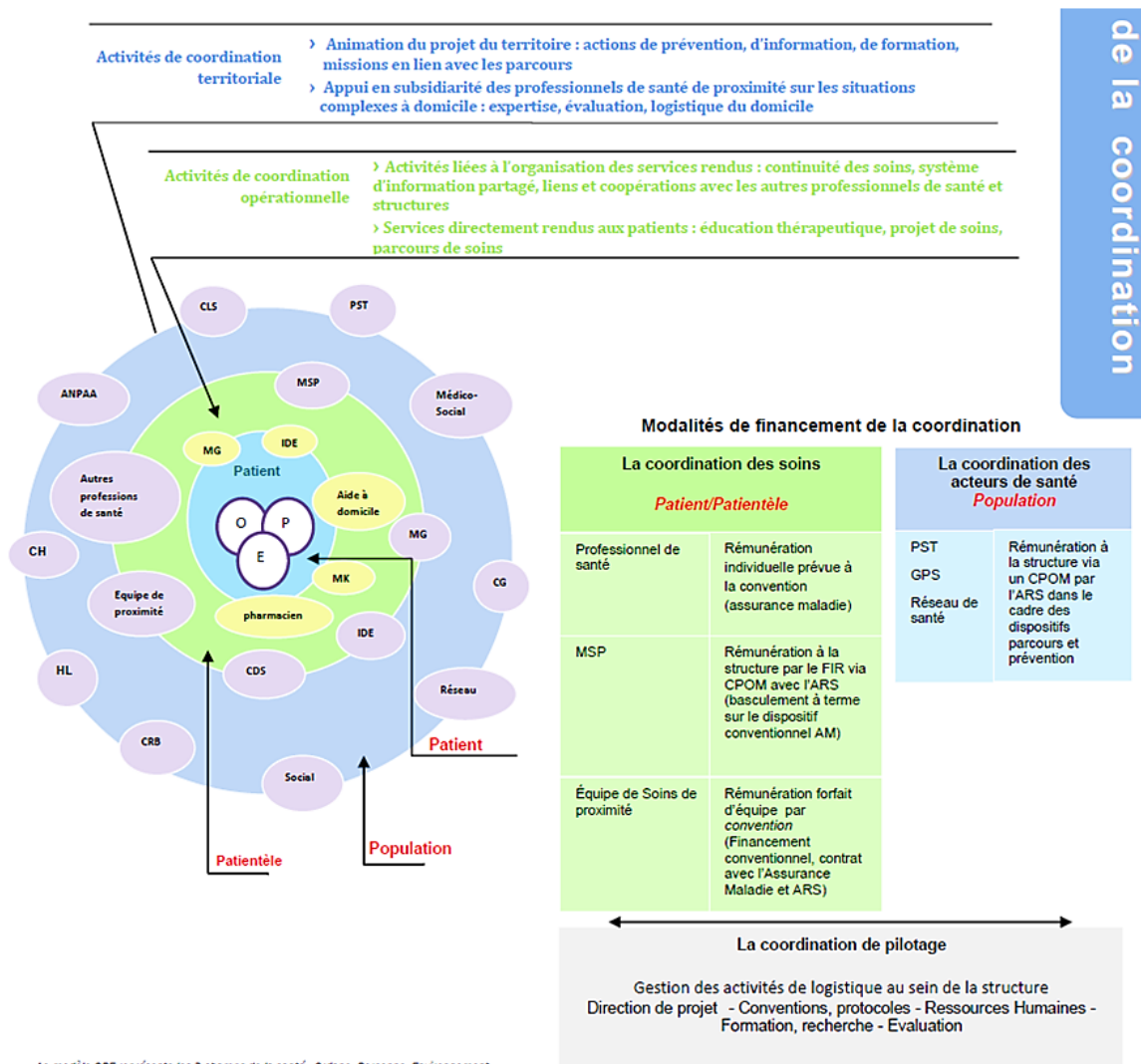
1.3 La mise en œuvre du projet de santé

Le projet de santé doit être mis en œuvre et « de nouvelles fonctions se font jour en termes de conduite de projets et d'accompagnement au changement. [...] Au démarrage, la légitimité du ou des promoteurs auprès des autres professionnels de santé, puis un consensus minimal sur l'intérêt à développer des actions communes, fondent le projet collectif. Mais lorsqu'il s'agit de « passer à l'acte », un subtil management des professionnels impliqués dans le projet doit être mis en place au quotidien » (Fournier et *al.*, *op. cit.*). De ce « subtil management » émerge la fonction de coordination.

1.3.1 La coordination

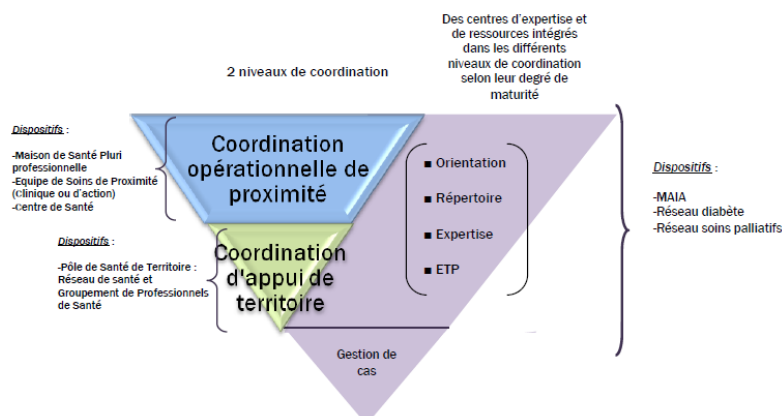
Le rôle de coordinateur d'une MSP se traduit par trois grands types de missions : le management de la structure, le travail de coordination et les relations avec les partenaires. Selon le schéma ci-dessous, cela se concrétise en **coordination de pilotage** pour la fonction de pilotage et la gestion de la structure et plus précisément : la gestion administrative, la direction de projet, les conventions et protocoles, les ressources humaines, la formation, la recherche et l'évaluation. La **coordination des soins** contient des activités de coordination opérationnelle qui sont l'organisation des services rendus à la population : la continuité des soins, le système d'information partagé, les liens et coopérations avec les autres professionnels de santé et structures. Ce sont également les services directement rendus aux patients par la dispensation d'éducation thérapeutique, la mise en œuvre des actions du projet de soins, et l'amélioration du parcours de soins (ARS Bourgogne, 2014).

²³ Fiscalement, la société civile SISA est assujettie à l'impôt sur le revenu et les bénéfices sont distribués aux associés. L'article 36 de la loi n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 de finances rectificative pour 2011 soumet au régime fiscal les « SISA ».



Typologie des coordinations suivant les acteurs sanitaires, médico sociaux et sociaux - Source ARS Bourgogne 2014.

La coordination opérationnelle de proximité s'inscrit dans une coordination à l'échelle du territoire, **la coordination d'appui de territoire**. (cf schéma ci-dessous).



Titre : périmètre d'action des différents niveaux de coordination. Source ARS Bourgogne

Frédérique CAROFF KARSON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Cécile Fournier et *al.* (2014a) évoque la réalité variable de la coordination : « En résumé, l'organisation s'appuie d'abord sur les promoteurs ou gérants de la SISA et sur un partage de certaines fonctions pour réaliser ses activités. Ces dernières peuvent être réparties entre médecins, ou médecins et autres professionnels de santé ; dans deux MSP, une implication des secrétaires est observée et dans deux autres, une coordinatrice non professionnelle de santé contribue aux tâches de management, gestion et conduite du projet collectif ».

C. Beaucourt et *al.* (2014) citent et complètent la définition de la coordination opératoire d'Alsène et Pichault de 2007 qui est : « coordonner dans une organisation, c'est, au sein de celle-ci, répartir les ressources et les tâches, harmoniser les actes et orchestrer les activités ». La coordination s'inscrit dans un processus « foisonnant d'interactions sans cesse développées et permettant de cristalliser les énergies autour de débats et d'enjeux différenciés. L'un des facteurs clés de succès pour une maison de santé serait donc l'animation d'interactions ». Ainsi, il s'agit d'instaurer dans les maisons de santé « un espace ouvert de discussions sur la réalité des besoins et les manières d'y répondre » à tous les représentants de tous les acteurs (médecins, professions paramédicales, personnel administratifs, citoyens et élus du territoire, etc.) dans l'objectif de « constituer des grilles de lecture transverses qui pourront servir d'appui à la réflexion sur les pratiques ». Une seconde condition se concentre sur le « leadership collectif » de la structure en formant les soignants à la transversalité et au management afin que « la coordination reste « en mouvement » (ses modes, ses objets, son organisation, etc.), il faut éviter que les professionnels de santé, en particulier, soient dans une forme de reproduction (des normes, des règles, etc.) ».

Ainsi, « la coordination « en pratique » n'est pas du pragmatisme, il s'agit de repenser la coordination dans une vision plus processuelle. De la même façon qu'une stratégie « chemin faisant » est désormais admise dans les milieux complexes, nous avons observé une coordination « chemin faisant », qui nous paraît être une question de contexte, de personnes et de dispositifs » (*ibid.*).

Dans ce processus de coordination se positionne un coordinateur, ce « nouveau métier ». Conséquences de politiques contractualisées et territorialisées depuis les années 80, une multitude de « nouveaux métiers », dont les coordinateurs font partie, ont émergé et ce que Gilles Jeannot (2005) a appelé les « métiers flous ». Ils définissent dans le « flou » le coordinateur : dans sa position dans l'organisation, dans son statut d'emploi, dans son

identité et son métier...Le coordinateur nécessite de s'adapter à des changements permanents, d'être autonome, de composer avec toutes les ressources à disposition. Ils doivent se légitimer en permanence, gérer l'incertitude. Les métiers flous appellent une forte implication personnelle et donc sont donc très « identitaires » avec des conséquences ambivalentes : une fragilité du professionnel quand cela se passe mal et au contraire une gratification narcissique importante quand cela se passe bien.

1.3.2 Les NMR, outil de financement de la coordination et d'institutionnalisation

L'Arrêté du 23 février 2015²⁴ portant sur l'approbation du règlement arbitral applicable aux MSP est entré en vigueur immédiatement, il est applicable jusqu'à mars 2020. Des rémunérations forfaitaires valorisent les engagements sur l'accès aux soins, le travail en équipe et le système d'information partagé. Le règlement arbitral donne un cadre à « l'exercice pluriprofessionnel en maison de santé [et] constitue, de ce point de vue, une étape majeure dans l'histoire du développement des MSP » (Coutant et *al.*, 2016). La reconnaissance de l'exercice pluriprofessionnel s'est faite à travers l'attribution de subventions (les CPOM via le FIR et les NMR) depuis la création des ARS relative à la loi HPST (*ibid.*). Les nouveaux modes de rémunération (NMR)²⁵ sont un levier financier utilisé par les pouvoirs publics pour favoriser le déploiement de regroupements de l'exercice coordonné, améliorer l'accès aux soins et le parcours de soins dans un contexte de « virage ambulatoire ». Rappelons que 88 % de la rémunération des médecins libéraux est liée à la tarification à l'acte (DREES, 2015). « Cette logique forfaitaire reste un complément modeste par rapport à la rémunération principale, la rémunération à l'acte » (Mousquès et *al.*, 2014b).

Les MSP bénéficiant des ENMR ont généré des impacts positifs sur les soins de premiers recours : un meilleur accès aux soins, une amélioration de la qualité de prise en charge des patients diabétiques, une amélioration du parcours de soins, une réduction des dépenses de soins de ville (un recours moindre de spécialistes, de soins infirmiers, de kinésithérapeutes et de pharmacie) (Afrite A et *al.* 2014 ; Mousquès J et *al.* 2015). L'amélioration de la prise en charge des cas complexes est liée à la dynamique pluridisciplinaire engagée, à l'intégration, dans la pratique quotidienne de démarches qualité, et à l'implication du

²⁴ L'Arrêté du 23 février 2015 portant sur l'approbation du règlement arbitral est applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, statuant les Art. 1er et Art. 2 et notamment les articles L. 162-14-1, L.162-14-2, R. 162-54-7 et R. 162-54-8 du Code de la Sécurité Sociale,

²⁵ Cf. glossaire : Nouveaux Modes de Rémunération.

patient dans sa prise en charge. Ainsi, les résultats positifs de ces expérimentations amènent les pouvoirs politiques à décider de les prolonger.

La mise en œuvre du règlement arbitral est basée sur un contrat tripartite signée entre l'ARS, la CPAM et la structure professionnelle pour une durée de 5 ans. La MSP a au préalable validé auprès de l'ARS un projet de santé cohérent avec le projet régional de santé. Le contrat comporte trois engagements : l'accès aux soins, le travail en équipe et le système d'information. Le règlement arbitral est composé d'engagement « socle » ou prérequis qui conditionne le versement de la rémunération et des engagements dits « optionnels ». Les engagements « socles » et « optionnels » se divisent en partie fixe et variable qui dépendent de la taille et de la patientèle de la MSP. Le respect des engagements mesurés par des indicateurs rémunèrent en points et produisent une rémunération. Le mode de calcul du règlement arbitral et son descriptif est en annexe 0.

Selon Fournier et *al.* (2014a) « si tous les promoteurs affichent qu'ils œuvrent pour que tous les professionnels puissent s'impliquer et contribuer au projet, la réalité s'avère assez hétérogène ». En effet, pour les MSP qui entrent dans le champ des NMR, il n'existe pas de hiérarchie institutionnelle, ainsi chaque professionnel associé de la SISA et « en dépit de la persistance d'une hiérarchie instituée entre professions de santé » a le même poids dans « les décisions portant sur la redistribution des NMR. La mise en œuvre du projet ne peut donc être que coopérative. » De plus, les NMR ne sont pas perçus comme une remise en cause de la rémunération à l'acte mais plutôt comme une rémunération supplémentaire collective qui est redistribuée à chaque professionnel. Mais l'entrée de la structure dans les NMR « oblige à un processus d'institutionnalisation » (*ibid.*). « Les MSP avec les NMR ont tendance à s'organiser comme les réseaux de santé l'avaient fait au sens où la contractualisation les oblige à entrer dans un processus d'institutionnalisation dont les promoteurs gérants perçoivent qu'il est d'une certaine manière irréversible ». (Schweyer, 2010).

Les fondations structurelles de la MSP sont bâties, le collectif s'est construit autour du projet de santé et le financement de la coordination de la mise en œuvre du projet de santé se pérennise progressivement par le règlement arbitral. La fonction de coordination exercée souvent par le leader du projet de la MSP de façon informelle nécessite aujourd'hui une professionnalisation, proposée depuis février 2016 par l'EHESP.

1.3.3 L'enjeu de la formation

Le projet de dispositif de formation a débuté en 2015 à partir d'un constat de la Haute Autorité en Santé partagé avec les représentants professionnels des regroupements d'exercices professionnels. Le Docteur Rémy Bataillon, responsable pédagogique de la formation²⁶ précise qu'il s'agit d'un « *constat à la fois de la Haute Autorité de Santé, d'un constat partagé avec un certain nombre de responsables professionnels de la nécessité de faire émerger et consolider des fonctions de coordinateur au sein de regroupements pluri professionnels. Ce constat est lié d'une part, au travail d'analyse de la littérature : les facteurs de succès des regroupements pluri professionnels concernent notamment ces fonctions de coordinateur et aux constats que les représentants professionnels de structures qui se sont montées sous forme de MSP ont la difficulté à passer à l'étape suivante, à savoir changer les façons de travailler, mettre en œuvre des initiatives des actions, faire ces projets de maison de santé.* ». Le développement de ces structures de soins primaires (essentiellement sous la forme de maisons de santé pluri-professionnelles) poursuit sa dynamique depuis quelques années mais reste assez fragile. En effet, les MSP reposent sur quelques leaders professionnels manquant finalement d'outils, de compétences, de pratiques pour assurer leur animation, garantir leur pérennité et améliorer le service rendu à la population. C'est dans ce contexte que l'intérêt pour une formation destinée aux coordinateurs de ces structures a émergé assez fortement²⁷.

1.3.4 L'initiative conjointe de l'HAS et de l'EHESP

En écho à ce constat, l'EHESP a manifesté la volonté d'offrir une politique d'appui aux soins primaires en proposant une formation « *Animateurs de regroupements pluri-professionnels de soins primaires* » destinée aux acteurs des MSP²⁸.

La HAS a mis en place un centre de ressources en soins primaires qui apporte des données de la littérature scientifique aux équipes engagées dans l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels et l'EHESP conçoit et anime dans une démarche d'accompagnement, pour porter le dispositif pédagogique et son contenu.

²⁶ Propos recueillis le 20 mai 2016 lors de l'entretien avec Docteur Rémy Bataillon, Directeur Adjoint de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins à la HAS et professeur affilié à l'EHESP.

²⁷ Le procès-verbal du Conseil des Formations du 05 mai 2015 validé.

²⁸ Le procès-verbal du Conseil des Formations du 05 mai 2015 validé.

2 La mission de stage

Cette seconde partie a pour objectif de présenter le dispositif de formation (les compétences visées par la formation, les modules et les acteurs), le cahier des charges de la mission et la méthodologie de recherche appliquée.

2.1 Le dispositif de formation de l'EHESP²⁹

La formation est pilotée par l'EHESP et initiée en partenariat avec l'HAS à un niveau national. Elle s'inscrit dans un partenariat avec l'ASIP et est soutenue par la DGOS. Les ARS financent le projet et portent la formation en région. La gestion de la formation au niveau régional est assurée par l'ARS et son comité de pilotage. La formation s'intègre à leur politique d'accompagnement des regroupements des exercices coordonnés. La formation est déployée dans six régions : Bretagne, Bourgogne Franche Comté, Centre Val de Loire, Pays de Loire, Poitou Charente, et Rhône Alpes Auvergne. Elle mobilise les professionnels : la fédération des maisons de santé (FFMPS) et les URPS, par les facilitateurs qui interviennent in situ auprès des équipes en cours de constitution de leur projet. Quant au partenariat avec l'ASIP, le Docteur Bataillon explique qu'il « *était au même moment sollicité par le ministère de la santé pour travailler sur la labellisation des logiciels des regroupements pluri professionnels. Il y avait déjà une première version de labellisation qui visiblement souffrait de faiblesses, ne satisfaisaient pas totalement les acteurs sur le terrain. Ils ont repris ce travail et proposer une nouvelle version du référentiel de labellisation. Au vu ces travaux qui embarquaient les mêmes acteurs, concrètement, la HAS, la fédération des maisons de santé, les URPS, etc., et vu le sujet central que représente les systèmes d'information dans ces regroupements, il a paru normal et naturel d'accrocher l'ASIP et de travailler avec eux* ». Les représentants professionnels par les fédérations professionnelles des maisons de santé nationales et régionales et les Unions Régionales des Professionnelles de Santé sont partenaires au projet.

Les principaux objectifs visés par la formation sont d'accompagner le développement et la pérennisation des exercices coordonnés de soins primaires et d'améliorer le service rendu à la population. Cette formation se destine aux personnels exerçant la fonction de coordination au sein de la MSP. Ils ont des coordinateurs, des animateurs, des pilotes, etc.

²⁹ Cette partie est issue du procès-verbal du Conseil des Formations du 05 mai 2015 validé.

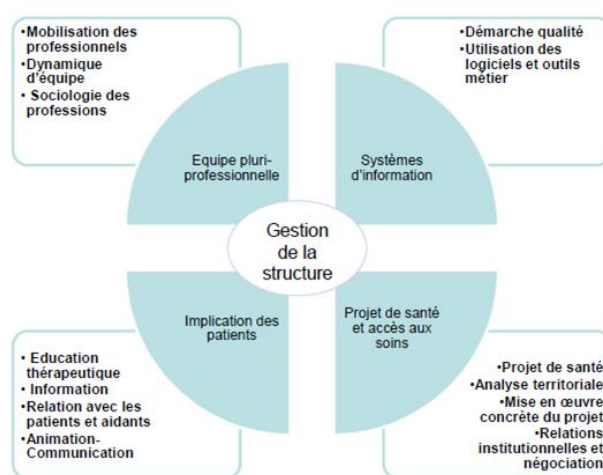
« Derrière le terme « coordonnateur », il y a des débats. Ce n'est probablement pas le meilleur terme. C'est la raison pour laquelle on parle plutôt d'animateur » (Ibid.).

La formation est organisée autour de quatre modules qui s'articulent autour de la mise en ligne de ressources (e-learning, supports multimédia, espace collaboratif) et de six séminaires présentiels sur deux ans avec un accompagnement par des formateurs relais. L'animation de ces séminaires présentiels est assurée par des formateurs relais qui sont « des professionnels de santé qui ont une expertise en termes de regroupement pluri-professionnel et une solide expérience en termes de formation » (Dr Bataillon).

La validation des acquis se fera par un examen final et par l'élaboration d'un suivi individualisé du projet mis en place par l'apprenant au sein de sa MSP.

2.1.1 Les compétences visées de la formation

Les compétences visées par la formation sont une meilleure connaissance du management et de la santé publique. Cela peut se traduire concrètement sur le terrain par une meilleure gestion de la structure (cf. schéma ci-dessous) : contribution et rédaction du projet de santé et sa mise en œuvre, organisation de démarches d'amélioration de prise en charge patient, de prévention, d'éducation thérapeutique, le soutien au travail pluri-professionnel, la consolidation d'une dynamique d'équipe, la participation à la gestion de la structure (comptabilité, juridique, ressource humaine...), etc.

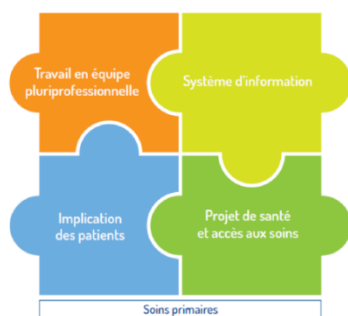


Titre : Compétences visées par la formation de coordination. Source : PACTE Soins Primaires

2.1.2 Les modules de formation et son cadre de référence

Les participants à la formation ont accès à des ressources organisées en quatre modules d'e-learning (Enjeux et Outils, Dynamique d'équipe, Amélioration du service rendu et Gestion de la structure) disponibles sur la plateforme collaborative dédiée au Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe de soins primaires (PACTE soins primaires) gérées par le Centre d'Appui à la Pédagogie (CApP) de l'EHESP. La plateforme dispose de vidéos, de scénarii, de forums, de « portfolios » de retours d'expérience. Les apprenants doivent participer à six séminaires présentiels en deux ans, organisés en région, et encadrés par des formateurs relais. Le séminaire d'une durée d'un à deux jours est animé par un formateur relais dans quatre régions ; un binôme formateurs et formateur/ARS dans deux autres. Entre chaque séminaire, les coordinateurs appliquent les connaissances acquises avec leur équipe au sein de leur Maison de Santé Pluri-professionnelle ou pôle de santé (rédaction d'une fiche de poste par exemple).

Le cadre de référence de la formation est la **Matrice de Maturité**. Elle est élaborée par la HAS. C'est un outil intégré dans une démarche de qualité de la structure qui permet aux professionnels de la santé de la MSP de procéder à une auto évaluation de leur organisation et de connaître son niveau de maturité de la coordination pluriprofessionnelle (HAS, 2012). La Matrice de Maturité est structurée autour de quatre axes (travail en équipe pluriprofessionnelle, implication des individus, système d'information et projet de santé et d'accès aux soins).

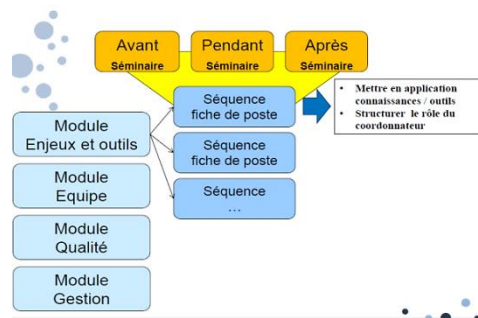


Titre : La Matrice de maturité. Source : PACTE Soins Primaires

Le module 1³⁰, **Enjeux et Outils** a pour objectif de poser les bases du regroupement pluriprofessionnel et du poste de coordonnateur. Il s'organise en cinq séquences suivantes : rédiger ou consolider la fiche de poste (1), rédiger ou consolider la charte du votre

³⁰ Le module 1 se déroule entièrement pendant mon stage, d'un lancement mi-février au second séminaire démarrant fin juin. Ce séminaire est étudié dans ce travail. Les informations sur la présentation du module sont issues du power point de présentation de la formation dans les régions et disponibles sur la plateforme PACTE Soins Primaires.

regroupement (2), définir une identité du regroupement (3), élaborer le budget du regroupement (4) et évaluer le fonctionnement du cabinet (5). Les actions du module 1 sont d'expliciter les enjeux et les problématiques sous-jacentes aux regroupements pluri-professionnels ; d'identifier les freins et leviers propres à la fonction d'animateur de projet ; d'identifier et de choisir les ressources et les outils utiles pour organiser la démarche de regroupement pluri-professionnel.



Titre : Déroulé du module 1 « Enjeux et Outils ».

D'une manière synthétique, le **Module Dynamique d'équipe** élabore la cartographie des acteurs impliqués, utilise les outils et supports utiles pour planifier et conduire les différentes étapes de la gestion de projet, animation de réunion, communication... **Le Module Amélioration du service rendu** conçoit une action d'amélioration de la prise en charge des patients en lien avec l'évolution des pratiques et de l'organisation de l'équipe, identifie et maîtrise les outils (protocoles, indicateurs, gestion proactive de groupes de patients...) et les logiciels métiers pour concrétiser la démarche, mobilise et implique dans la démarche les acteurs à la MSP et du territoire. **Le module Gestion de la structure** porte sur les modalités de pilotage et de gestion du regroupement pluriprofessionnel, la rédaction et la mise en œuvre du projet de santé.

D'une manière générale, chaque séquence se déroule en trois temps. Avant le séminaire, l'élève analyse sa pratique, acquiert et consolide ses connaissances via la plateforme Pacte Soins Primaires. Le temps du séminaire est dédié au partage d'expériences, d'échanges de connaissances acquises et de préparation en amont du travail à mettre en œuvre avec son équipe. Pendant la période post séminaire, l'élève mène des activités avec son équipe en vue des productions demandées par l'équipe pédagogique.

2.1.3 Les rôles des acteurs du dispositif

Les rôles de l'EHESP, des formateurs relais, du groupe d'expert national, du comité de pilotage et des leaders des MSP sont les suivants.

Frédérique CAROFF KARSON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

L'EHESP en appui avec l'HAS définit les ressources mises en ligne, assure l'ingénierie pédagogique de la formation (recrutement et formation des formateurs relais, la gestion des inscriptions et le suivi des stagiaires, la mobilisation d'experts). Elle valide l'acquisition des compétences dans la perspective de délivrer un diplôme. Les **formateurs relais** organisent les séminaires présentiels avec l'ARS, animent les séminaires sur la base d'une dynamique de partage d'expérience, accompagnent les stagiaires dans les objectifs pédagogiques fixés, facilitent l'accès aux ressources mises en ligne et aux experts, contribuent à la définition des ressources mises en ligne, font le lien entre le comité de pilotage régional, l'EHESP et le groupe d'experts. Le **groupe expert national** donne un avis sur les objectifs pédagogiques, les ressources mises en ligne et la conduite de la formation. Il contribue à l'évaluation de la formation. Le **Comité de pilotage régional** (copil) organise l'articulation avec l'accompagnement des MSP et les coordinateurs des regroupements pluriprofessionnels ; exploite les retours des stagiaires, via le formateur relais ; transmette à l'EHESP des retours de terrain et des préconisations et contribue à l'évaluation de la formation. **Les leaders des MSP** dont le coordinateur participant à la formation s'implique dans l'élaboration du profil de poste, la mobilisation de l'équipe, l'atteinte d'objectifs d'amélioration du service rendu. Les modalités d'inclusion des leaders dans la formation sont : des réunions spécifiques pour les leaders professionnels, la participation des leaders à certains temps de formation, la diffusion d'information par l'EHESP, les relations avec l'ARS et son comité de pilotage régional.

La formation des coordinateurs des MSP conçue par l'EHESP en partenariat avec la HAS et l'ASIP est expérimentée dans six régions et en partenariat avec les ARS (qui financent), les représentants professionnels (FFMPS, URPS) et les formateurs relais. Elle est une innovation au sens où la première maquette est appropriée localement avec des ajustements ultérieurs discutés par l'équipe projet. L'analyse du dispositif a pour objectif de connaître et comprendre les modalités d'appropriations du dispositif par les acteurs afin d'adapter et perfectionner son pilotage.

2.2 Le cahier des charges

La mission se déroule à l'Institut du Management de l'EHESP de Rennes. Elle a débuté mi-février pour une durée de quatre mois et demi. Cette mission est co-encadrée par François Xavier Schweyer et le Docteur Rémy Bataillon³¹.

³¹ Monsieur François Xavier Schweyer est professeur à l'EHESP au Département des sciences humaines et sociales (SHS) et Equipe d'accueil Management des Organisations de Santé (MOS) et Docteur Rémy

La note de cadrage de la mission fait état de plusieurs dimensions. D'une part, un cadrage initial par une revue de littérature sur le coordinateur, la fonction de coordination et son environnement de travail. D'autre part, l'analyse de l'environnement du dispositif et de ses participants dans une démarche évaluative en soutien au pilotage. Concrètement la commande est de repérer les coordinateurs participants à la formation (profils, cadres de travail, missions, motivations) ; de recueillir leurs positionnements et leurs missions au sein de leurs équipes MSP ; de s'entretenir avec les formateurs relais (profil, motivation, enrôlement, animation de la formation, relations entretenues avec l'EHESP, l'ARS, Copil régional), leur regard sur la fonction de coordination, la spécificité territoriale) ; de s'entretenir avec les participants au lancement de la formation (ARS, URPS, FFMSP), les leaders ; d'observer le déroulement de la formation par la plateforme, par la participation au séminaire présentiel 1, par l'appropriation de la plateforme par les coordinateurs.

2.3 La méthodologie de recherche

Pour répondre au cahier des charges et mener cette mission, j'ai fait appel à une diversité de méthodes utilisées dans une vision très pragmatique.

J'ai effectué une revue de littérature sur les thématiques et problématiques traitant de la fonction de la coordination (cf. 1), ce qui m'a permis de m'imprégner de l'environnement du sujet étudié et d'en avoir une vision globale et transversale.

Pour me présenter dès le début auprès des formateurs relais j'ai écrit une note de présentation de ma mission et ma démarche de recherche qui a été validée par mes coresponsables de mission. Cette note me positionnait en tant qu'appui ou ressource à l'équipe projet. Pour constituer mon matériau, j'ai d'abord effectué quinze entretiens semi directifs³², principalement les formateurs relais et les ARS (à qui une note de présentation de ma mission et de mon profil a été envoyée), et le responsable pédagogique de la formation³³. J'ai ensuite procédé à une analyse thématique de leurs contenus.

Une analyse iconographique des attentes des coordinateurs sous forme thématique en utilisant des matériaux collectés sur la plateforme Soins Primaires a permis de cerner les attentes formulées par les coordinateurs récoltées sur la plateforme.

Bataillon est professeur affilié de l'EHESP et directeur adjoint à la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins de la HAS.

³² La liste des entretiens est en annexe n° 1.

³³ J'ai effectué les étapes suivantes : la prise de rendez-vous avec les interviewés, la réalisation des grilles d'entretiens, la retranscription intégrale de tous les entretiens. Une demande d'entretien ARS a été annulée et remplacée par une collecte de données par mail reprenant les questions du guide d'entretien.

J'ai réalisé une collecte de données sur les « apprenants » auprès de l'EHESP et de l'ARS³⁴ dont l'analyse statistique a été faite avec le logiciel tableur Excel.

J'ai découvert et essayer le logiciel IRaMuTeQ pour l'analyse de graphes de similitudes (représentation graphique de données textuelles ou de statistique textuelle du corpus de texte traité). L'analyse par ce logiciel a demandé au préalable un travail de préparation conséquent car il demande un formatage du texte³⁵. Les procédures de recueil et d'analyse des données utilisées sont exposées tout au long de ce travail à travers les présentations des modalités d'appropriation des coordinateurs, des formateurs relais et des ARS du dispositif de formation.

Une observation du séminaire 1 dans les Pays de la Loire avec prise de note pendant et après la séance a été complétée par des enregistrements audio d'une durée de cinq heures retranscrits intégralement en vue d'une analyse thématique (voir 3.3).

Un rendez-vous « pilotage » régulier avec F-X Schweyer a permis de veiller au bon déroulement de la mission (démarches entreprises, collecte de données, résultats obtenus, analyses en cours, échanges de points de vues). Ce rendez-vous hebdomadaire a cadré le pilotage à vue de la méthodologie de recherche et a permis ses ré-ajustages dans l'étude d'un processus en cours. Un rendez-vous mensuel réunissant les coresponsables de ma mission et l'assistante pédagogique de la formation avait pour objectif d'échanger sur l'avancement de mes recherches, m'informer sur les événements récents (formation et acteurs), transmettre des retours éventuels du terrain dans le but de perfectionner le pilotage du dispositif.

De plus, j'ai assisté aux réunions « étapes » regroupant les formateurs relais, le responsable pédagogique, l'assistante pédagogique, quelques experts de l'EHESP³⁶. J'ai observé la réunion de pilotage de la préparation du séminaire 2 avec les mêmes intervenants où un expert a déroulé, proposé et échangé avec les formateurs relais sur le contenu du scénario d'animation du séminaire (power point) utilisé ensuite ou pas sur le terrain. Les résultats et les analyses des matériaux récoltés font l'objet de la partie suivante.

³⁴ La collecte auprès de l'ARS s'est avérée un peu difficile car le respect de l'anonymat des candidats étaient en jeu. Le matériau recueilli était incomplet et a nécessité quelques relances par mails et l'intervention du responsable pédagogique pour obtenir des informations plus complètes.

³⁵ La méthodologie est précisément exposée dans les attentes des coordinateurs.

³⁶ Ce sont des réunions téléphoniques qui exposent l'animation du dispositif, la méthodologie d'animation pédagogique des formateurs relais, les relations des formateurs relais avec les acteurs du terrain et les coordinateurs.

3 Etude du point de vue des coordinateurs formés sur le dispositif de formation

Cette partie est consacrée aux coordinateurs : l'analyse de l'expression de leurs attentes et de l'appropriation du dispositif ainsi que le déroulé du séminaire 1.

3.1 Les attentes exprimées par rapport à la formation

A la demande de l'équipe pédagogique du dispositif de formation, chaque stagiaire devait illustrer de son point de vue son équipe par trois images et exprimer ses attentes en une phrase pour la réunion de lancement de formation T0. L'étape T0 consiste en un tour de table initial de présentation de chaque coordinateur et son équipe par ces deux formes d'expression. Les matériaux d'expression des régions sont consultables sur la plateforme PACTE Soins Primaires. Le T0, la première réunion réunissant le formateurs relais, le coordinateur et son leader a eu lieu durant les mois de janvier et février 2016 dans cinq régions : Bretagne, Centre Val de Loire, Pays de Loire, Poitou Charente Limousin Aquitaine, Rhône Alpes Auvergne. La région Bourgogne Franche Comté a réalisé le sien le 05 avril 2016.

3.1.1 Des images pour le dire

Afin d'analyser les trois iconographies illustrant l'équipe du coordinateur des cinq régions ayant effectué le T0, j'ai effectué une première observation détaillée des images (couleurs, personnages, position...). J'ai ensuite émis une hypothèse du message transmis par chaque image. Puis j'ai listé et catégorisé mes observations et hypothèses.

A travers cette analyse iconographique, je constate que le répertoire mobilisé est assez homogène et exprime une représentation partagée. Quatre thèmes se dégagent : **le collectif en mouvement, la coopération, le territoire, la complexité** ; dont voici quelques images.





L'**identité** de la MSP ou du pôle de santé est plurielle L'établissement peut être présenté par un logo (BR6), par une photo de plaques professionnelles (PC3), par la salle de réunion (RA10), ou par le bâtiment (RA16). L'étape importante de la **construction** de la MSP est exprimée et a plusieurs visages : des fourmis qui construisent un pont (RA17), un chantier (PC7), une construction miniature avec des briques et une truelle miniature posées sur un plan (BR17). Dans la MSP, l'**équipe** pose autour d'une table de réunion (BR1). Elle est **organisée** (la ruche en BR2), **unie** (une ronde de personnages en RA11, une mêlée de rugby en PL13). L'équipe peut relever un **défi** (sportif : une cours de ski de fond pour le RA8). Elle s'**entraide** (un homme tend la main à un autre homme pour l'aider à gravir le sommet de la montagne (RA7)) et s'**adapte à la situation**, symbolisée par une photo représentant la migration d'un banc d'oiseau. La MSP s'inscrit dans une activité de **médecine générale** matérialisée par un médecin auscultant un enfant (PL9) ; et par des photos exprimant les **actions en santé publique** (RA18). La **coordination** est exprimée par un chef d'orchestre qui dirige son orchestre symphonique (BR5), et la **pluridisciplinarité** symbolisée par des mains peintes de couleurs différentes qui veulent s'unir (PL6).

La notion de **processus** ou de **dynamique** peut être interprétée par des mécanismes d'horloge, par le passage d'un train (BR2) ou lorsque la chenille devient papillon (C8).

La MSP s'ancore dans un **territoire** (quelques images de paysage de la région (RA2), une carte géographique situant les MSP sur un territoire (PL2)), qui peut être marqué par la **désertification médicale dans trois régions**. Elle s'exprime par une photo de manifestants avec une pancarte « *pour le maintien des spécialistes en milieu rural* » (BR3), un dessin humoristique représentant un médecin généraliste près d'un panda sous la pancarte « *en voie de disparition* » dans un zoo (PL7) ou par une carte régionale présentant la faible densité des médecins généralistes sur un territoire (PC9).

La **complexité** se reflète par des points d'interrogations et des formules mathématiques (BR6) et semble demander de la **réflexion**. Elle se matérialise par des **outils** de leadership, de management, d'organisation (PC7), de planification (PL11).

3.1.2 L'analyse thématique des attentes par régions

J'ai exploité le matériel d'expression libre rendu anonyme dans le but d'effectuer un état des lieux initial des attentes exprimées par les coordinateurs. Pour les cinq régions ayant effectué le T0, j'ai listé, trié, catégorisé les attentes par la compétence, le savoir, la dynamique d'équipe, etc. Cette première catégorisation a permis une analyse par thèmes et sous thèmes : la définition globale, les attentes, la position et les valeurs exprimées des stagiaires. Ce travail d'analyse permet de passer d'une expression individuelle à une expression collective. Globalement, les coordinateurs souhaitent acquérir des outils, des connaissances et des compétences avec des objectifs variant selon les régions. Le coordinateur se positionne dans un collectif.

La région Bretagne

Les coordinateurs de la région Bretagne ont exprimé **la volonté d'exercer le plus efficacement possible la fonction de coordination** (BR2) qu'ils définissent par « *un service pluridisciplinaire de qualité* » (BR3) destiné aux patients (BR9) et ancré dans « *un contexte territorial et en lien avec les acteurs et institutions du territoire* » (BR6). Les coordinateurs bretons se libèrent du collectif nous et se dirigent vers la dimension plus large du territoire en tenant compte du patient. Certains évoquent l'envie de convaincre des nouveaux professionnels à les rejoindre afin de créer une cohésion de groupe (BR3) et d'autres pour « *redynamiser le pôle* » (BR13). Cependant, ils mettent l'accent sur un environnement contextuel « *de politiques publiques contraignantes* » (BR10). Les coordinateurs ont davantage formulé leurs attentes à travers des **objectifs** tels que « *acquérir...organiser, coordonner* » (BR15) ; « *redynamiser...intégrer...fortifier* » (BR13) que sur le contenu du programme de formation. Les souhaits formulés sont **l'acquisition de connaissances et d'outils** tels que « *les outils d'animation et de management d'équipe* » (BR6), et **le développement de compétences « rédactionnelles »** (BR15) par exemple. Ils aspirent à **développer, à comprendre, à pérenniser et à fortifier les structures** dans lesquelles ils évoluent et cela dans une démarche « *pragmatique* » (BR2) : « *faire vivre un projet initial moteur* » (BR20), « *optimiser nos projets de soins en*

cours » (BR3), « *fortifier l'organisation du pôle pour qu'il puisse se développer* » (BR13), « *bâtir d'autres projets* » (BR21).

Le coordinateur existe en tant qu'**individu**, « *j'attends de cette formation* » (BR3) et est à la recherche de nouvelles capacités, d'efficacité et « *d'autonomie* » (BR8). Il se positionne dans un **collectif**, la MSP : « *pour notre pôle* » (BR10), « *nous souhaitons découvrir* » (BR6). Ce collectif a pour objectif de s'intégrer dans un territoire : « *créer un réseau* » (BR10), « *s'intégrer dans le schéma territorial* » (BR11). Ils expriment leurs valeurs à travers les notions de projets, de services, de qualité des soins, d'interdisciplinarité, et de médecine libérale : « *un projet structurant, à l'initiative exclusive des professionnels de santé libéraux par les professionnels de santé libéraux, au service des citoyens du territoire* » (BR19).

La région Centre

Les stagiaires de la région Centre véhiculent deux interrogations. La première est sur **les moyens nécessaires pour faire vivre de manière dynamique et stimulante le projet** des professionnels de santé (C1) et la deuxième sur la **professionnalisation du métier de coordinateur**. Deviendront-ils des « *coordInateurs Internes cherchant à harmoniser le fonctionnement d'une structure administrative de santé ...ou coordOnnateurs externes qui s'intéresseront plus à ordonner pour plusieurs pôles de santé, les effets de l'application d'une politique de santé définie ailleurs ?* » (C2). Les coordinateurs expriment des **objectifs** par « *développer...apprendre* » (C3) qui sont l'acquisition et la maîtrise de « *compétences techniques* » (C4) et « *d'outils* » (C6) dans le souhait d'être « *mieux armée et outillée* » (C11). Le coordinateur recherche une **identité, une place, un cadrage de ses missions** : « *développer ma posture d'animateur* » (C3), « *trouver ma place auprès de l'équipe professionnelle* » (C5), « *un cadrage sur le rôle de coordinateur* ». (C4) et « **une reconnaissance de ce nouveau métier** » (C4).

La région Pays de Loire

Les coordinateurs désirent une formation qui leurs permettent **d'acquérir des connaissances et des compétences** dans le but de « *redonner du dynamisme à leurs projets de soins* », d'exercer leur travail « *dans les meilleures conditions possibles* » (PL9) afin de « *rendre le travail de chacun plus efficient et ainsi favoriser une prise en charge de qualité du patient* » (PL13). Ils ont formulé leurs attentes à travers des **objectifs** : « *articuler et soutenir...* » (PL5), « *mieux coordonner* » (PL2), « *redonner du...* » (PL9) et souhaitent acquérir des **outils et des savoirs** (PL2) et de la **méthodologie** (PL12). Ils

veulent développer des **compétences** « pluridisciplinaires » (PL5) et de « coordination » (PL14) afin de s'inscrire dans les champs de « la santé publique, de l'évolution du système de santé » (PL12). Le coordinateur se positionne dans un **collectif** qui est **une équipe** : « nous attendons » (PL9), « nous aider à avancer » (PL7), « animer une équipe » (PL12). L'équipe place le patient « au cœur de sa prise en charge globale » (PL5). Les stagiaires manifestent des valeurs de diversité, de coordination (PL2), de pluridisciplinarité (PL5), d'équipe, de patient, d'efficacité et de qualité des soins (PL13).

La région Poitou Charente

Les coordinateurs ont « **l'espoir** » (PC9) d'acquérir des **outils et techniques** pour une meilleure gestion de la MSP (PC1), et permettre « à l'équipe de travailler en synergie et avec efficacité au service des patients et des professionnels de santé ayant souvent été isolés dans leur travail, et de fédérer les projets des différents professionnels » (PC16) et croire « en un avenir possible des soins de premiers recours dans les territoires ruraux » (PC9). Ils souhaitent découvrir, acquérir et mettre en œuvre une **méthodologie** (PC5), **des outils** (PC1) et à **développer des compétences**. Dans cette formation, ils voient l'occasion de **partager des difficultés** et **d'apprendre à travailler ensemble** dans le but d'« accompagner les équipes à se sentir en confiance », et de « maintenir une dynamique de groupe sur le long terme » (PC3). De plus, ils veulent **aider** les professionnels de santé « à ne pas avoir peur des nouvelles pratiques de coordination » (PC4) et des actions de santé publique (« de prévention, dépistage, éducation thérapeutique » (PC12)) afin d'« amener une équipe composée d'acteurs aux objectifs et méthode de travail différents vers un mode de fonctionnement coopératif et efficace (dans un contexte de démographie des professionnels de santé défavorable » (PC8). Le stagiaire se positionne **garant** de la bonne unité et dynamisme de son équipe (PC13) dans un **contexte territorial défavorable**. Les coordinateurs dévoilent des valeurs de partage, de confiance, d'espoir, de rassemblement de professionnels autour de projets (PC15), de coordination, de pluridisciplinarité, d'efficacité et de qualité des soins.

La région Rhône Alpes

Les coordinateurs sont porteurs d'une « philosophie et d'un état d'esprit » (RA2). Il se positionne dans « un système de santé modernisé et tourné vers le patient », acteur de sa prise en charge (RA19). Ils souhaitent comprendre les enjeux futurs des maisons de santé (RA1), et souhaitent « devenir un vrai « tiers facilitateur » » (RA14). Ils veulent « construire des plans d'éducatifs thérapeutiques avec des retours d'expérience » (RA1),

« *promouvoir un nouveau mode d'exercice* » (RA8), « *apporter les outils nécessaires à la construction et à la bonne gestion d'une structure pluridisciplinaire* » (RA19), et « *évaluer l'efficience de nos soins primaires* » (RA5). **De cette acculturation ressentie et de cette première maturité acquise, ils attendent un apport de compétences, de savoirs être** (« *aptitudes relationnelles* » RA20), **d'outils, d'aides, de méthodologies** « *approches méthodologiques, de management, de santé publique, juridique...* » (RA17). L'acquisition de compétences a pour vocation à **créer une cohésion et une dynamique de groupe** et des « *outils de travail efficaces* » (RA4). **L'équipe est très présente** (citée neuf fois) : « *j'attends de cette formation des outils pour continuer à amener l'équipe à s'organiser* » (RA12), « *soutenir mon équipe* » (RA4). Pour certains, **l'identité du coordinateur** existe déjà et est un **acteur identifié** dans une équipe médicale pluridisciplinaire qui envisage d'exercer dans un maillage territorial plus grand : « *stratégies de coordination entre les différents acteurs de notre bassin rural (hôpital, AIASAD...)* » (RA1). Les coordinateurs communiquent des valeurs « *d'humanité, du bon sens, du respect dans nos différences* », de remise en question « *un partage des acquisitions pour avancer ou reculer* » (RA5), de cohésion, de coordination, de pluridisciplinarité, d'efficience de soins primaires.

3.1.3 Un autre regard, l'analyse de similitude

Une analyse de similitude du corpus de texte des attentes exprimées par les coordinateurs de toutes les régions a été réalisée à l'aide du logiciel IRaMuTeQ. C'est un logiciel d'analyse de textes et de tableaux de données qui s'appuie sur le logiciel de statistique R et sur le langage python³⁷ (Loubère *et al.* 2014). L'analyse de similitude des attentes des coordinateurs par le logiciel nécessite au préalable de traiter les corpus de texte de chaque région avec le respect de règles de formatages précises³⁸. La lemmatisation ramène les verbes à l'infinitif, les noms au singulier et les adjectifs au masculin singulier. Le traitement des données liste les formes actives pour ensuite produire un **graphe de similitude** représentant les liens de la du mot sélectionné avec les autres mots les plus utilisés par les coordinateurs. Afin de réaliser le graphe sous forme de nuage³⁹, le seuil de

³⁷ Cf. Glossaire : IRaMuTeQ.

³⁸ L'unité de base, l'expression des attentes, est appelée « Texte ». Les attentes sont introduites par quatre étoiles (****) suivies d'une série de variables étoilées (variables illustratives) séparées par un espace. Les fichiers d'entrée doivent être au format texte brut (.txt), et de préférence contenir les caractères de ponctuation.

³⁹ Le graphe est en annexe 3 « Représentation graphique sous forme de nuage des attentes des coordinateurs ».

répétition d'un mot est fixé à 4 mots. Une tentative avec un seuil de 10 a été testée et a engendré un arbre frêle.

Dans ce graphe, on observe **une forte connexion entre la santé, le professionnel, l'équipe et la formation**. En effet, plus le trait est épais et plus la connexion est forte. Pour les cinq régions, la formation permet d'acquérir des connaissances et développer des compétences. Les coordinateurs sont dans l'action « *développer, permettre, agir, avancer* ». Chaque région voit dans la formation un gain différent. La région Bretagne souhaite « *organiser* » et la région Centre l'occasion d'« *échanger* » ; le Poitou Charente préfère « *évoluer* ». L'équipe est à « *animer* », « *dynamiser* » pour les cinq régions afin de faire vivre un projet avec une envie de cohésion pour le Rhône Alpes et un bon fonctionnement pour les Pays de Loire. Le Poitou Charente semble un acteur isolé. Les mots définissant le professionnel sont similaires entre les régions avec en supplément un désir d'intégration pour le breton. La vision de la santé est partagée. Elle est perçue nécessaire en Rhône Alpes, éducative pour le patient dans les pays de Loire et une réponse à un besoin en Bretagne.

Au terme de cette analyse, le modèle des attentes des coordinateurs qui se dégage est l'action. Ils sont en attente d'une acquisition de pratiques, d'une cohésion et dynamique d'équipe. Ils sont davantage dans le partage d'échanges et de pratiques que d'une doctrine.

3.2 L'appropriation du dispositif de formation

3.2.1 Le suivi des connexions des coordinateurs sur la plateforme

Les objectifs de cette étude sont d'identifier les apprenants et de donner la tendance des connexions du module 1 des coordinateurs dans le but d'observer leurs appropriations de la plateforme PACTE Soins Primaires.

Méthodologie :

Pour cela, les données brutes des profils des coordinateurs proviennent des ARS en charge du recrutement. Les données recueillies ayant un niveau d'exhaustivité variable d'une région à une autre, deux variables sont exploitées : la profession et le niveau de diplôme. Les données brutes du suivi des connexions sont issues du CapP et sont transmises sous format Excel par l'équipe pédagogique. Les données brutes et sa grille de lectures sont consultables en annexe 2. Les mises à jour des données par régions ne sont pas faites à la même date conduisant à une comparaison inter régionale biaisée, et donc une limite à

l'analyse. Le traitement des données brutes a consisté principalement à retranscrire les connexions des stagiaires en moyenne et en pourcentage et à procéder à des comparaisons entre les cinq régions ayant effectué le présentiel du séminaire 1. La région Bourgogne en retard aura le séminaire présentiel du premier module le 09 et 10 juin. Ainsi la présentation de ses résultats ne rentre pas dans l'analyse et est à titre informatif. De plus, aucune date de mise à jour des données n'est communiquée et donc le repérage dans un cycle en cours est difficile.

Echantillon :

106 coordinateurs sont inscrits à la formation des coordinateurs. Le profil est féminin avec un sex ratio pour ce groupe de 0.23 (86 femmes et 20 hommes). Il y a six promotions dont quatre ont entre 18 et 20 apprenants (18 pour la région Poitou Charente, 19 pour la Bretagne, 20 pour la Bourgogne et la région Rhône Alpes Auvergne) et deux promotions plus réduites (14 pour le Centre Val de Loire et 15 pour la région Pays de Loire 15).

J'ai référencé **trois catégories de coordinateurs avec des niveaux d'études et des profils variables**. Le coordinateur soignant est un médecin, un pharmacien, un paramédical (podologue, infirmier, diététicien, kinésithérapeute, sage-femme) qui partage son temps de travail entre la santé et la coordination. Le coordinateur de type Master II est recruté et le coordinateur administratif est souvent un poste de secrétariat qui évolue progressivement vers de la coordination et dont le niveau d'étude est majoritairement le BEP. Les **niveaux de formation initiale toute région confondue des coordinateurs** vont du BEP (15) au Bac (5), BTS (2) jusqu'au niveau Doctorat (3) ; 19 coordinateurs ont un niveau Master II et 2 (licence et Master I) ; 44 professionnels paramédicaux ; 6 médecins ; 3 pharmaciens. 7 coordinateurs n'ont pas communiqué leur diplôme (cf. Tableau 1).

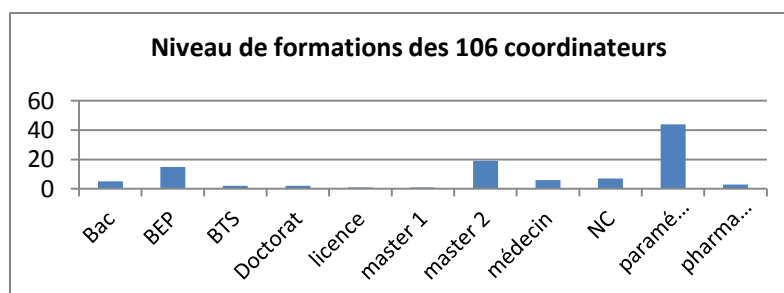


Tableau 1 : Profil des 106 coordinateurs.

Dans les six promotions confondues, 54 % sont des professionnels de santé, 23.5 % des profils administratifs et 22.5 % des coordinateurs (cf. Tableau 2). **Les promotions présentent à la fois des similitudes et des disparités régionales.** Les promotions Pays de

Loire, Poitou Charente et Rhône Alpes sont majoritairement composées de professionnels de santé : 100 % pour les Pays de Loire, 88% pour la région Poitou Charente. La région Rhône Alpes est plus nuancée avec 60 % de coordinateurs soignants, 30 % de coordinateurs et 10 % d'administratifs. Quatre coordinateurs sur six travaillent pour la coopérative Facilimed⁴⁰. Les régions Bourgogne et Bretagne ont une mixité des trois profils avec un effectif plus élevé en coordinateur administratif. La région Centre Val de Loire présente également une mixité des profils avec une part plus importante de coordinateur niveau Master.

	Bretagne	Centre Val de Loire	Poitou Charente	Rhône Alpes	Pays de Loire	Bourgogne	Total 6 régions
Professionnel de santé – coordinateur	37 % (7)	28.5 % (4)	88 % (16)	60 % (12)	100 % (15)	15 % (3)	54 % (57)
Administratif, secrétariat – coordinateur	42 % (8)	28.5 % (4)	0 %	10 % (2)	0 %	50 % (10)	23.5 % (25)
Coordinateur	21 % (4)	43 % (6)	12 % (2)	30 % (6)	0 %	45 % (7)	22.5 % (24)
Total	19	14	18	20	15	20	106

Tableau 2 : composition interne des six promotions régionales.

Résultats :

96.22 % des coordinateurs se sont connectés à la plateforme PACTE Soins Primaires, soit 102 connectés sur un effectif total de 106. Un apprenant des cinq régions ayant effectué le premier séminaire présentiel ne s'est pas connecté. Pour la région Bourgogne en étape pré séminaire, il y a 3 non connectés.

Selon le tableau 3 « Etat des lieux des connexions du module 1 par région », aucun coordinateur des cinq régions n'a fait un cycle complet de 19 connexions. Les moyennes par régions varient de 8.2 à 12.5 connexions pour une moyenne totale des cinq régions de 10.9 connexions (57.3 %). Le pourcentage de connexions est plus élevé en région Centre Val de Loire (66.1 %) puis décroît progressivement : Pays de Loire en n°2 (61.7 %), Bretagne en n°3 (60 %), Rhône Alpes en n°4 (57.1 %) et Poitou Charente en n°5 (43.3 %). Pour la totalité des cinq régions, l'amplitude des connexions est de 13.4 entre les plus connectés (16.8) et les moins connectés (3.4).

Pour la région Bourgogne, une moyenne de 5.2 connexions est comptabilisée avec une amplitude de 15 entre les non connectés et les connectés. Deux coordinateurs ont 15 connexions car ils ont validé en avance deux séquences post séminaire.

⁴⁰ Cf. Glossaire : Facilimed

Les premières observations sont qu'il existe **une variation inter régionale des connexions et un groupe de profils connectés similaire, c'est-à-dire un niveau de connexion moyen dans un groupe composé de coordinateurs faiblement à très connectés.**

	Module 1 validé (cycle complet 19 connexions)						Séminaire 1 en cours
Région Connexion	Bretagne (MAJ 24/05)	Centre (MAJ 25/05)	Poitou Charente (MAJ 31/05)	Rhône Alpes (MAJ 24/05)	Pays de Loire (MAJ 25/05)	Total 5 régions	Bourgogne (date NC)
Moyenne	11.4	12.5	8.2	10.8	11.7	10.9	5.2
Minimum	3	3	0	5	6	3.4	0
Maximum	17	17	16	17	17	16.8	15
Etendue	14	14	16	12	11	13.4	15
% connexion effectué.	60 %	66.1 %	43.3 %	57.1 %	61.7 %	57.3 %	27.4 %

Tableau 3 : Etat des lieux des connexions du module 1 par région.

D'après le tableau 4 « Décomposition des connexions par séquence du module 1 et par région », on remarque que **les cinq régions ont une variation du degré d'assiduité selon les séquences.**

Module 1	Connexion théorique	Bretagne (maj24/05)	Centre (maj 25/05)	Poitou Charente (maj 31/05)	Rhône Alpes (maj 24/05)	Pays de Loire (maj 25/05)	Total 5 régions
Séquence 1 pré séminaire (modules e Learning 1 et 2)	6	5.73	5.78	4.83	5.9	6	5.65 (94.2%)
Séquence 1 post séminaire	3	1.42	1.42	0.83	1.65	1.4	1.34 (44.6%)
Séquence 2 pré séminaire	4	2.89	3.07	1.77	2.2	2.8	2.55 (63.7%)
Séquence 2 post séminaire	1	0	0.07	0.06	0.05	0.06	0.048 (4.8%)
Séquence 3	2	0.84	1.07	0.5	0.45	0.6	0.69 (34.5 %)
Séquence 4 pré séminaire	1	0.31	0.78	0.29	0.35	0.46	0.44 (44%)
Séquence 4 post séminaire	1	0.05	0	0	0.05	0.06	0.03 (3%)
Séquence 5 post séminaire	1	0.15	0.35	0	0.2	0.3	0.2 (20%)
Total séminaire 1	19	11.4	12.5	8.2	10.8	11.7	10.9 (57.3%)

Tableau 4 : Décomposition des connexions par séquence du module 1 et par région.

Les séquences 1 et 2 pré séminaires sont les plus suivies (> 60 % des connexions) ; la séquence 4 pré séminaire est moyennement suivie avec une connexion de 44 %. Les séquences 3 et 5 post séminaire sont faiblement regardées avec une connexion compris

entre 20 et 40 %. Les séquences 2 et 4 post séminaire sont peu ou pas suivies (< 20 %). Ainsi, **l'assiduité des coordinateurs est plus importante sur les séquences pré séminaires que sur les séquences post séminaires. Deux mois se sont écoulés entre la fin** du séminaire 1 présentiel (24 et 25 mars 2016) et l'extraction des données brutes de connexions.

De plus, parmi les cinq régions ayant validé le séminaire 1, la région Centre est la plus connectée (66.1 %) avec un effectif de 43 % de coordinateurs niveau Master. La région Pays de Loire (à 100 % de professionnels de santé) est la deuxième région la plus connectée. La Bretagne avec son groupe mixé (42 % de coordinateurs administratif et une proportion moins importante de professionnels de santé et de coordinateurs) est en troisième position. Les régions Poitou Charente et Rhône Alpes dont le taux de connexion est inférieur à 60 % sont constitués majoritairement à 88 % et 60 % de coordinateurs professionnels de santé. **Des observations peuvent juste être faites sur le profil du coordinateur et la connexion à la plateforme. Les trois premières régions comptabilisant le plus de connexions ont trois typologies de groupes différentes.** Deux sur les trois premières régions connectées ont un effectif plus élevé de profil coordinateur administratif et de profil coordinateur niveau Master. Sur les trois régions présentant une proportion importante de profil coordinateur soignant, deux régions ont les plus faibles connexions. **Le détail des connexions des connexions par profil et par région est :**

	Bretagne	Centre Val de Loire	Poitou Charente	Rhône Alpes	Pays de Loire	Total 5 régions	Bourgogne	Total 6 régions
Coordinateur Soignant	33 % (n=72)	30 % (n=52)	95 % (n=143)	64 % (n=139)	100 % (n=176)	62% (n=582)	15 % (n=15)	57 % (n=597)
Administratif, secrétariat – coordinateur	42 % (n=91)	33 % (n=58)	0 %	9 % (n=19)	0 %	18% (n=168)	58 % (n=61)	22 % (n=229)
Coordinateur	25 % (n=54)	37.5 % (n=66)	5 % (n=7)	27 % (n=59)	0 %	20% (n=186)	27 % (n=28)	21% (n=214)
Total de connexions réalisées	217	176	150	217	176	936	104	N = 1040

Tableau 6 : Décomposition des connexions réalisées par profil et par région.

En guise de conclusion à ce premier cycle complet du module 1, la connexion des coordinateurs à la plateforme est moyenne (environ 60 %), avec une variation inter

régionale des connexions (connexion comprise entre 43 % et 66 %) et avec une assiduité plus importante dans les séquences pré séminaires. Deux sur les trois premières régions connectées ont un effectif plus élevé de profil coordinateur administratif et de profil coordinateur Master.

3.2.2 La perception du premier séminaire par les coordinateurs de Rhône Alpes

Il a été demandé aux vingt participants du séminaire 1 de la région Rhône Alpes de faire une synthèse de ce qu'ils ont retenu de cette première rencontre. Vingt réponses ont été déposées sur la plateforme et sont analysées. L'objectif de cette analyse est double : connaître le ressenti des apprenants suite à ce premier séminaire et faire de cette étude un outil de pilotage pour la préparation du séminaire 2.

Globalement, les stagiaires ont exprimé **une satisfaction générale sur le déroulé du séminaire et sur la qualité de l'animation**. L'hétérogénéité du groupe en termes de niveau, d'attente, de position et de configuration de travail est une donnée importante. Certains messages sont bien passés, notamment la matrice de maturité comme outil de progression. Les points de vigilance à observer à l'avenir sont l'interaction avec la plateforme et maintenir la motivation avec les profils très différents⁴¹. L'analyse porte sur le groupe de stagiaires, la fonction de coordination et la formation.

Sur le groupe des stagiaires :

	Ce qui rassemble	Ce qui différencie
Les stagiaires	– Cohésion du groupe – Etre acteur d'innovation – Volonté de se construire une identité – Flou et/ou fragilité de la fonction	- Niveau de formation initiale - Positionnement coordinateur (3 profils) - Type d'attente selon expérience - Statut - Questionnements et craintes

Il se dégage **un sentiment partagé que le groupe « fonctionne »**. Il y a de l'écoute, de la « *confiance et bienveillance mutuelle* » et une prise de parole aisée. Une dynamique de groupe est enclenchée. La posture des animateurs est appréciée et « *laissent venir les sujets, permettent à chacun de s'exprimer, ouvrent le débat et arrivent à faire venir des* »

⁴¹ Le groupe se compose de 12 professionnels soignants (une diététicienne, sept infirmiers, 2 pharmaciens, 2 kinésithérapeutes dont 1 Kinésithérapeute /cadre de santé) ; 2 profils administratifs et 6 coordinatrices dont 4 coordinatrices Facilimed.

stagiaires eux-mêmes des solutions à chaque situations. » Une réserve revient sur le manque de synthèse en fin de journée et de mise en relief des points forts.

Le niveau de formation initiale est hétérogène, visible dans la qualité d'expression, l'esprit de synthèse, la capacité d'abstraction, l'appropriation de la formation que traduisent les retours. En effet, certains ont déjà une formation en management d'équipe ou une expérience de la fonction de coordination. Quelques-uns jugent le rythme « *lent* » compensé par « *le respect de la parole de chacun* ».

Le positionnement dans les MSP quand il est évoqué montre des configurations différentes suivant les trois profils de coordinateurs (professionnel de santé, administratif, coordinateur). Un leader était présent. Certains semblent déjà positionnés dans la MSP et anticipent la transmission à leur équipe et d'autres cherchent leur place. Ils sont perçus comme « *simple exécutant* ». La relation avec le leader est mentionnée comme une incertitude majeure en termes de place, de relation, de légitimité pour certains coordinateurs.

Deux types d'attentes se dégagent, qui peuvent se conjuguer. Une première est **une attente de méthodes, d'outils, de connaissances**. Ceux qui l'expriment sont minoritaires et notent « *l'habileté des animateurs a finalement arriver à nous faire progresser même si des fois nous avons l'impression de nous perdre dans certaines discussions* ». Une seconde est **une attente de socialisation professionnelle**, c'est-à-dire avoir une identité et savoir qui on est : « *nous resituer en tant que coordinateur* », se construire un « *nous* » (« *les PARA's* », « *besoin de partager* »), se constituer une légitimité (« *positionnement pas encore facile et simple à appréhender* »). Le séminaire a permis « *la mise en évidence des principales missions communes à tous les coordinateurs* ».

La satisfaction s'exprime en fonction des attentes. L'attente « **formation** » conduit à privilégier les contenus, les apports. Les tenants de cette attente sont en général plus critiques. Les échanges du matin ont pu être jugés longs (bien que nécessaires), au vu de l'après-midi « *plus intéressant* » en termes de contenu. « *Le rythme est trop lent pour moi. Je trouve qu'on a du mal à arriver à l'essentiel.* ». L'attente « **socialisation** » valorise les temps d'échange formels (séances) et informels (repas, mails). « *Ce que je retiens de S1 connaissance et naissance du groupe (cohésion)* ». Les tenants du processus collectif de socialisation mettent en débat la diversité des statuts qui est perçue comme une inégalité (salariés rémunérés vs libéraux qui ne le sont pas : « *Les libéraux se sentent délaissés sur les modes de financement de ce poste* »), et y joignent la question des remboursements de frais (transport, hébergement, repas). « Le but est que ce coût ne soit pas une cause de

rupture de la formation ». Ces questions ont pour effet de souligner le « flou » autour de l'exercice de la fonction. « Ce poste doit évoluer dans tous ces paramètres pour pouvoir être pérenne. L'ARS est tout à fait consciente avec le passé des coordinateurs de pôles ». Plusieurs participants exerçant déjà la fonction de coordinateur et ayant un statut assuré évoquent : *« Beaucoup de plaintes. Les réactions et réponses aux interpellations des animateurs sont uniquement tournées vers les dysfonctionnements, les postures qui posent problème. »*

L'idée d'un « groupe-réseau » revient plusieurs fois. *« il semble important pour tout le monde de créer un réseau d'échange et de partage d'informations de gestion administrative et de management des différents sites installés ou en cours d'installation afin d'uniformiser les différentes pratiques structurelles, ou du moins de les adapter à la situation, pour éviter les échecs de mise en place. »*

Positions personnelles dans la fonction

	Ce qui rassemble	Ce qui différencie
Individu	– La fonction de coordination est définie par l'environnement de travail – La relation au leader est une incertitude – La mobilisation de l'équipe comme difficulté	– Expérimentés et novices – Répertoire d'activité plus ou moins large – Financement de la fonction

Aujourd'hui la fonction de coordinateur existe moins en soi que dans un cadre (MSP) : **la situation locale de travail définit la fonction**. Concrètement, la majorité a une « double ou triple casquette » pour qui la fonction de coordination vient « en plus » de l'activité professionnelle et d'autres fonctions. D'autres sont coordinateurs de métier, sur plusieurs sites ou non.

Le répertoire d'activité du coordinateur est variable selon les membres du groupe. Certains évoquent un profil de poste de coordinateur homogène : la rédaction projet de santé, insuffler une dynamique de groupe, la communication interne, les liens avec les partenaires externes, le relais SI, la gestion). D'autres parlent d'un répertoire très large : la logistique y compris le ménage ; le secrétariat (le planning, les comptes rendus, les affiches pour patients), la gestion (les consommables, la comptabilité, les ressources humaines), l'organisation de réunions, le suivi projet de santé, la communication interne et externe. L'enjeu de la rédaction de la fiche de poste avec l'équipe de la MSP est bien perçu.

Les relations entre le leader et le coordinateur sont plus ou moins aisées : « certains coordinateurs ont de très bons rapports avec l'équipe dirigeante de la structure tandis que d'autres ont des rapports plus tendus. Cette disparité s'explique par le fait que certains coordinateurs ne sont pas des professionnels de santé et ne sont pas directement impliqués dans les choix, notamment budgétaires, qui sont décidés. » **La position entre le coordinateur et l'équipe est jugée plus ou moins facile.** Un participant note que « *le travail du groupe nous amène à dire que le coordinateur est choisi par l'équipe alors que le leader s'impose à l'équipe par son désir d'avancer et de porter le projet* ». On comprend que le coordinateur doit rester au diapason de l'équipe tout en aidant le leader à avancer, et en même temps, il partage une part des activités du leader. La position est dite parfois « *difficile entre le leader et son équipe* », la « *peur du clash leader/manager* », les « *ambiguïtés rencontrées au sein de sa structure face au leader* » en terme de confidentialité, de partage d'information, et d'animation car « *le coordinateur doit être aussi animateur* ». Une expression d'inquiétude émerge : la « *peur du choc avec les autres collègues et surtout avec le leader* ». Les échanges concluent sur le rôle d'acteur majeur du coordinateur en tant qu'interlocuteur principal du/des leaders.

La mobilisation de l'équipe est une difficulté anticipée : « *tout le monde à la MSP ne sera pas intéressé par tous les projets* ». Des questionnements pratiques ressortent sur le comment motiver les membres des équipes et comment motiver les équipes sur le projet de santé. D'ailleurs, un thème commun à la présentation croisée du matin était « *la peur du clash avec les membres de l'équipe de la MSP* ».

Des interrogations sur le financement de la fonction par les NMR sont exprimées. Une partie du groupe exprime pour l'avenir des craintes et des doutes, ce qui fait dire à propos du séminaire à un coordinateur professionnel de santé salarié : « *Un peu bureau des plaintes quand même* ».

Sur la formation

	Ce qui rassemble	Ce qui différencie
La formation	– Session enrichissante – Difficultés avec plateforme EHESP – La formation comme processus débutant – Les regroupements, espace de parole et de construction identitaire	– Evaluation des apports selon attentes et capacités d'appropriation – Compréhension du cadre de la formation, de son déroulé – Coût personnel de la formation (investissement)

L'aspect enrichissant est mis en avant : les apports pédagogiques, l'échange d'expérience, l'introduction de questionnements nouveaux, et l'ouverture d'esprit.

La **plateforme** est évoquée comme une ressource et un soutien pour les coordinateurs. « Documentations, vidéos permettent à l'ensemble des participants de se positionner dans leur rôle, fonction et responsabilités au sein de leur structure de soins primaires ». Certains voient la plateforme comme le support « théorique » et les sessions comme « de l'échange de pratiques » (*« déposer nos appréhensions, nos doutes, nos craintes ou au contraire faire partager nos réussites, nos expériences qui fonctionnent »*).

La **formation est décrite comme un processus qui démarre** pour les coordinateurs et pour les équipes au sein des MSP : *« un travail d'équipe qui va s'harmoniser autour d'une méthode de travail, vers l'élaboration de son projet. La matrice de maturité doit se travailler en équipe »*. La **matrice de maturité émerge comme la référence du travail à faire**, une forme de fil conducteur. *« Il faut établir une feuille de route, la matrice de maturité »*. *« Il a été conseillé de faire un bilan de sa maison de santé afin d'établir un ordre de progression. Cette partie a été très intéressante, car très motivante sur le travail à fournir au sein de la maison de santé et avec notion de documents sur lesquels s'appuyer. »* Un débat à propos de la crainte d'un certain « formatage » des MSP, d'une « normalisation » des pratiques a conduit à considérer la matrice comme un outil d'auto-évaluation en continu pour les équipes.

De ce point de vue, un **équilibre est à trouver** entre l'attente d'**outils miracles** et l'**investissement personnel** dans la fonction, ce que résume ainsi un stagiaire : *« la solution unique n'existe pas, je trouve que l'on n'a pas assez insisté là-dessus, ce qui aurait invité chacun à se mettre en tâche de s'approprier encore plus les caractéristiques et la singularité de son projet, son histoire. La recherche avide de modèle ne semble pas avoir disparue alors que tout est à construire sur-mesure »*.

La session ne semble pas perçue comme une formation seulement, mais comme un espace de parole et de construction identitaire. *« Je me suis aperçue que mes questions étaient partagées par d'autres...ce qui peut être une forme de « soulagement » et de mobilisation en termes d'investissement au sein de la structure (je ne suis pas seule à être dans cette situation mais surtout je sais aussi où m'adresser pour partager et trouver des solutions !)* ». Ce qu'un participant ayant une position assurée exprime ainsi : *« Notre petite assemblée prend parfois l'allure d'une séance de thérapie de groupe. »* De ce point de vue, la **formation peut jouer un rôle de dispositif de soutien**.

Le **cadrage de la formation n'est pas toujours perçu**. *« J'ai l'impression que le rôle et le contenu de cette formation sont très flous pour nombre d'entre nous. »* Un flottement a été exprimé quant aux modalités d'évaluation permettant la diplomation : *« difficultés à visualiser l'aboutissement de la formation »*. La remise d'attestation de présence au T0 est mentionnée comme point positif. Un autre signe, la demande faite par le formateur relais de se positionner sur une échelle de 0 à 10 pour le séminaire 1 a été entendue que par quelques répondants. Il existe un besoin de repères pratiques sur la progression et de productions pour bien se situer dans le processus de formation engagé qui est aussi un processus de constitution de rôle.

La **formation demande un effort** : *« Ce n'est pas vraiment un point négatif, mais il ressort de notre début d'expérience dans cette formation que celle-ci va nous demander plus de temps que ce qui nous a été annoncé »*. *« Le temps estimé à consacrer à la formation ne me semble pas très réaliste si l'on souhaite effectuer consciencieusement le travail et échanger sur les différents sujets de réflexion. Mon activité ne m'a pas permis de m'investir totalement en dehors de mes plages de travail. »* Si on pense aux questions de coût non réglées, de positionnement interne parfois incertain, une **vigilance est à porter sur les facteurs d'usure** voire de défection est nécessaire.

La **présence de l'ARS est appréciée** : écoute, *« échange transparent »*, *« apport très intéressant de la présence d'Angélique de l'ARS, par des suggestions et des réponses concrètes à certaines problématiques »*. Face à certaines demandes, le rôle de « formateur » se double du rôle de « partenaire » qui est interpellé sur les conditions pratiques de la formation (remboursements, paiement).

En termes d'outil de pilotage pour la préparation du séminaire 2, le point d'amélioration suivant peut être proposé. Il faudrait envisager **pour les sessions à venir des temps de travail spécifiques pour la dynamique du groupe**. Autrement dit, la partie « formation » centrée sur des apports en ateliers aura à cohabiter avec la partie « socialisation » centrée sur le processus de construction identitaire à partir de l'appropriation d'outils.

Un point de vigilance est à porter sur l'utilisation de la plateforme PACTE Soins Primaires. Les stagiaires ont exprimé des difficultés récurrentes de son usage : l'accès ; l'ouverture, le dépôt et la mise en ligne de documents. Les vidéos seraient à doubler avec le texte car il y a des problèmes de connexion internet sur certains territoires. La plateforme est perçue comme une place publique, ainsi les relations plus personnelles voire « confidentielles » passeront par mail.

Point intermédiaire : Deux attentes sont exprimées par les coordinateurs : une attente d'acquisition supplémentaire de connaissances et de contenus et une attente identitaire, actuellement en cours de socialisation.

3.3 Observation du déroulé du séminaire 1 des Pays de Loire

L'exposition du déroulé du séminaire Enjeux et Outils de la région Pays de Loire repose sur mon écoute, ma prise de note et mon observation. Le séminaire se déroule sur une journée et demie (24 et 25 mars 2016 à Nantes). La formation a lieu dans une salle de classe lumineuse ne disposant d'aucune connexion internet, donc d'accès à la plateforme PACTE soins primaires. Les deux animateurs ont préalablement disposé les tables de classe en carré fermé. Les coordinateurs arrivent progressivement avec le libre choix des places. Pour être identifié, chacun dispose d'un chevalet avec son identité et la MSP associée. Trois coordinateurs arrivent en retard et ne le récupèrent pas durant le séminaire. Le groupe se compose de seize personnes : deux animateurs relais et quatorze coordinateurs tous de profil coordinateur/soignant (7 infirmières, 3 diététiciennes, 2 pédicures/podologues et 2 médecins généralistes). Il est composé de 13 femmes et d'un homme.

Cédric Rat est responsable de ce séminaire car « *Nantes reçoit aujourd'hui* ». Le prochain séminaire sera sous la responsabilité de Cyril Bègue lorsqu'« *Angers recevra* ». L'ambiance est sereine ; des échanges et des rires se font entendre. Les stagiaires semblent détendus et s'abordent facilement. Le groupe s'est déjà rencontré lors du T0 où le code « *tutoiement et usage du prénom* » a été instauré (Cédric Rat). A mon arrivée, j'ai été invitée à prendre place à gauche de Cyril Bègue, côté « animateur ». A la demande de Cédric Rat, je me présente et précise le motif de ma présence. Je me fabrique ensuite un chevalet avec mon identité et ma formation suivie. Cédric Rat m'intègre dans le premier atelier Présentation Croisée et avec qui je forme un binôme. Ce sera mon unique expérience d'observation participante de ce séminaire. Pour le reste du séminaire, j'opte pour une observation directe. Je me positionne en dehors du carré fermé et très en recul du groupe.

3.3.1 Les séquences pédagogiques du séminaire 1

La matinée introductive se décompose en deux temps : un atelier de présentation croisée⁴² dont l'objectif est la création et la consolidation d'une dynamique de groupe, des échanges

⁴² L'expression est libre dans cet atelier, c'est-à-dire que la présentation est personnelle et professionnelle. L'animateur constitue les binômes. Chaque participant présente son partenaire.

libres sur l'organisation des futurs séminaires et les retours des coordinateurs sur leurs structures. Ces échanges se font sous deux angles : l'angle « vous face à l'outil » (Matrice de Maturité) : avez-vous présenté la matrice de maturité à votre équipe ? Cela a-t-il déclenché des réactions de l'équipe ? ; et l'angle « vous face à l'équipe » : l'animateur les questionne sur l'exercice de la fonction de coordination au sein de la MSP. La matinée se clôture par un déjeuner collectif.

La première séquence de l'après-midi est consacrée à l'élaboration et la rédaction de la fiche de poste⁴³. Après la restitution des fiches de poste de chaque groupe, un second atelier d'échanges portant sur les interrogations suivantes vient compléter cette base : *« quelles sont les missions et quels sont les positionnements du coordinateur par rapport à la secrétaire, au leader, aux soignants pour chacune des actions figurant dans la fiche de poste ? »*.

La matinée de la deuxième journée est consacrée à l'élaboration de la charte de regroupement⁴⁴. Le premier atelier est un recueil des opinions de tous les stagiaires sur l'intérêt de cet outil en donnant chacun un mot. De ce mot découle ou pas les questionnements. L'atelier suivant est l'intérêt et l'ambition du regroupement⁴⁵. L'animateur conclut la thématique charte de regroupement en conseillant et en fournissant des consignes pratiques et une technique d'animation. La technique des Post-it est proposée aux coordinateurs pour réexaminer la charte d'engagement auprès des équipes MSP. Puis, l'animateur élève dans un échange avec les stagiaires le niveau d'interprétation de la charte pour lui *« redonner du sens à cette charte, car on est dans le sens. [...] la charte est peut-être le côté philosophique »*. La matinée se clôt par un travail en groupe sur la matrice de maturité. Trois thèmes composent cet atelier : l'application des patients, le projet de santé et le travail en équipe. L'animateur compose les trois groupes de 4 à 5 afin de séparer les relations « affinitaires ». Chaque groupe se saisit d'un thème pendant 20 minutes et crée un scénario d'appropriation et d'animation de la thématique reproductible ultérieurement en MSP. La restitution est collective. Le groupe et les animateurs portent un jugement sur les scénarios. Le séminaire se termine sur cet exercice.

⁴³ Dans un premier temps, des groupes de 4 à 5 personnes voisines se constituent et désignent un rapporteur dans chaque groupe. Chaque personne partage son expérience afin de construire une fiche de poste collective. Chaque groupe présente sa fiche de poste dans un temps de restitution collectif. Le support pédagogique est détaillé en annexe 4 « Exemple de questionnaire pour élaborer la fiche de poste » et comporte les thèmes : « activités du poste », « positionnement hiérarchique », « relations fonctionnelles », etc.

⁴⁴ Se conférer au plan à l'annexe 4 « Exemple de questionnaire pour élaborer la charte ».

⁴⁵ Les questions de l'animateur sont : « l'ambition, pourquoi est-ce qu'on fait ça ? Vers où, avons-nous envie d'aller ? Dans quoi, avons-nous envie de mettre notre énergie ? Si on ne se mettait pas ensemble, qu'est ce qui n'allait pas bien ? ».

3.3.2 Quelques éclairages sur la technique d'animation

J'observe que l'animation du séminaire suit le fil rouge qui est la référence de l'animation du séminaire proposée à l'ensemble des formateurs relais⁴⁶. Il s'agit d'une trame aiguillant l'animation du séminaire et la réflexion des animateurs. Les questionnements abordés autour de la Matrice de Maturité, de la rédaction de la fiche de poste et de l'élaboration de la charte du regroupement sont issues du document « propositions organisation du premier séminaire ». Je note qu'une dynamique d'échanges entre les coordinateurs et les formateurs existe et fonctionne. Le binôme d'animateur propose des ateliers de mise en situation et des techniques d'animation autour de la charte et de la matrice de maturité qu'ils peuvent reproduire dans leurs MSP. J'observe que l'animateur joue le rôle d'un miroir en reformulant constamment par des questions les interventions des stagiaires. Cela permet ainsi au coordinateur de dérouler sa pensée et de trouver ses propres solutions à ses difficultés. *« Après, je fais beaucoup de technique de reformulation, d'explicitation avec l'idée que l'expertise du terrain est produite par les acteurs sous réserve qu'on la structure un peu. L'expertise nationale est transmise sur la plateforme »* (Cédric Rat). A chaque fin d'atelier, l'animateur conclut par les points forts, faibles et essentiels à retenir. Le binôme d'animateur se complète : l'un éveille la réflexion et le second pointe la difficulté. De mon point de vue, une animation de qualité qui fonctionne avec une dynamique de groupe riche aux échanges fructueux.

3.3.3 Des expressions d'inquiétudes de la part des coordinateurs

Au cours de ce séminaire, les coordinateurs ont exposé leurs forts investissements et leurs désirs de réussites dans leurs missions de coordinations au sein de leurs MSP. Ils ont montré leur volonté d'acquérir des nouvelles connaissances et des compétences dans la formation par leurs curiosités et les nombreuses questions posées. Même si les coordinateurs sont volontaires avec l'envie de réussir, j'ai cependant découvert un autre aspect de leur quotidien dans ce séminaire exposé dans les points suivants. Tout d'abord, les stagiaires **multiplient les casquettes** : ils sont soignants, coordinateurs, secrétaires, syndicalistes, bénévoles...Par exemple, (A) est podologue associée en cabinet libéral, secrétaire de la MSP de 26 professionnels depuis trois ans, présidente du syndicat national de podologie et coordinatrice. Les coordinateurs expriment une **charge de travail élevée avec une gestion de temps difficile** en ayant pas ou peu de moments dédiés à la

⁴⁶ Cette information figure dans le Compte Rendu de la réunion du 24 novembre 2015 « propositions organisation du premier séminaire ». Ce document est interne à l'EHESP.

coordination. (F), médecin généraliste et secrétaire de l'association de la MSP des 23 professionnels déclarent : « *je vais me dédier à un temps de coordination mais comment. Pour l'instant mon temps de coordination est sur mon temps perso* ». D'après (D), « *les gens qui font ce genre de choses sont dynamiques, ils se lèvent tôt à 5 heures du matin* ». (D) est diététicienne dans une MSP et la coordination du pôle était faite jusqu'à maintenant par une chargée de mission trois jours par semaine. Elle le fera en un jour et demi car « *la MSP n'a plus les moyens financiers de la garder, donc je la remplace 1 jours et demi par semaine...* ». Pour certains, assumer cette charge de travail relève de la **psychiatrie**. (I) est podologue/pédicure, travaille en co-coordination dans une MSP de 22 professionnels sur 2 sites : « *y a-t-il un intérêt pécunier pour faire ce genre de trucs ? On est soignant, on substitue un mode de financement pour un autre mode de financement. Est-ce que ça relève de la psychiatrie ?* » Pour une autre, « *c'est une thérapie longue* ». « *C'est mon côté masochiste* », pour (J) diététicienne. Je remarque que des coordinateurs expriment cette surcharge par un **manque de temps** et le peu de pratique de **hobby**. (K) est le seul stagiaire à évoquer ses activités. D'ailleurs, les autres coordinateurs s'expriment à son sujet « *(K) a des hobbies, lui !* ». (K) est médecin généraliste et coordinateur - leader de sa première MSP en 2008 et de la deuxième en juin 2016. « *L'ouverture de ma MSP a changé ma vie personnelle...* ». J'ai entendu des coordinateurs extérioriser **des difficultés vécues ou anticipées** au sein des MSP. Elles proviennent des lacunes dans **la répartition des tâches et des responsabilités ; dans la non décision ou le manque de concertation pour les décisions**. Pour E : « *l'ancienne coordinatrice s'est épuisée car les missions n'étaient pas définies. On ne gère pas des libéraux comme des salariés...on s'est autogéré, puis il y a eu la création de la SISA. Le médecin a endossé le rôle de coordinateur et a abandonné. Le rôle de leader est endossé par différentes personnes. J'ai pris mon poste en 2015, il fallait structurer les choses et j'ai fait le travail de rendre des comptes. Prendre des décisions, c'est difficile quand vous discutez pendant 4 heures et qu'il n'y a aucune discussion précise* » « *Car la leader décrète des décisions* » (B). Je note que **les coordinateurs expriment des difficultés sur le terrain et voient dans la formation un moyen de les régler**. (G) peine à **trouver sa place** : « *je n'ai pas de recul avec le projet de santé...Je découvre en grappillant des choses...je n'ai pas encore trouvé ma place, mais c'est pour ça la formation* » ; (D) diététicienne aux **nombreux objectifs à atteindre** : « *...le leader est actif et dynamique, des fois, il faut calmer les leaders, trop d'idées tuent les idées...le protocole est fait mais pas mis en œuvre et trop de choses tuent la chose...on fait pleins de choses en œuvre mais qui n'aboutissent pas...la formation va cadrer les*

Frédérique CAROFF KARSON -

choses...plus d'humilité ». Je note la difficulté engendrée par le **manque ou l'excès d'implication du leader ou de l'équipe**. (B) est infirmière et la coordinatrice de la future MSP. Elle travaille avec des professionnels de santé depuis 2012 et sont en cours de création d'une MSP pour 2017 : *« Je suis une coordinatrice avec un leader directif et pêchu qui vit pour sa MSP donc c'est la difficulté pour que les décisions soient collégiales, car le leader prend toutes les décisions. Ma tâche de gendarme va être énorme »* ; ou (A) et la **sous-implication de l'équipe** : *« J'étais volontaire pour ce poste. J'ai présenté le power point et j'ai réuni tout le monde. J'ai plus d'éléments qui tirent vers le bas que vers le haut. Ils veulent tous rentrer en MSP, mais ils mettent des freins. Ils disent que ça va coûter des sous...il y a des groupes qui ne travaillent pas. Tout le monde s'est barré quand j'ai demandé à remplir la matrice de maturité »*. J'ai cru comprendre que certains coordinateurs ont **peu de réaction** de la part de leurs équipes : *« B a été acceptée à la formation, c'est tout »*. J'ai noté la difficulté pour le coordinateur à être **légitime** dans son poste et l'expression des **résistances aux changements de l'équipe** : *« Ils ont eu du mal à accepter le poste de coordination et ils le voient comme une intrusion [...] Le fait de leur dire et de leur faire économiser du temps, la coordination est mal acceptée »*.

Durant l'observation, j'ai ressenti une certaine souffrance des coordinateurs et l'expression d'une solitude au sein de leurs équipes MSP. Cela pourrait expliquer les attentes de socialisation et de groupe réseau exprimée par la région Rhône Alpes par exemple. Elles semblaient surmenées avec un nombre de missions important à réaliser dans un temps de coordination réduit. Dans le groupe, sept personnes sur quinze ont environ une journée de coordination par semaine, soit un temps moyen de 6h30 par semaine. Le maximum est de 17h et le minimum de 2 h par semaine. Ce résultat est similaire au temps de coordination breton (8.25 heures par semaine variant de 1 heure par semaine à un temps plein). J'ai le sentiment que certaines coordinatrices doivent impulser une dynamique de groupe dans une MSP qui ne semble pas vouloir les voir ou les avoir. Des coordinatrices ont fait part d'un leader peu présent et se retrouvent seules face aux décisions et responsabilités à prendre. Le contexte de la MSP dans lequel évolue les coordinatrices est fragile et mériterait peut être une attention supplémentaire des formateurs relais tout au long de la formation.

4 Le regard des formateurs relais

4.1 L'analyse de similitude

Une analyse statistique du corpus de texte de la retranscription intégrale des sept entretiens des formateurs relais (85 pages) a été faite à l'aide du logiciel IRaMuTeQ après un formatage aux règles précises. Le texte a été lemmatisé⁴⁷. Le traitement a ensuite listé les formes actives avec leurs effectifs décroissants et leurs catégories grammaticales (cf. en annexe 2). Pour le décompte fréquentiel, le choix de s'arrêter au 43e rang est arbitraire et il compte 800 mots dont de nombreux hapax (mots isolés). J'ai procédé à la classification et la quantification des formes actives en cinq thématiques (le verbe, l'environnement de la MSP, la formation, le lexique impersonnel, le registre espace/temps).

Ainsi, il y a eu 43 mots répétés 2471 répétitions⁴⁸. Quatorze verbes sont utilisés 933 fois. Douze verbes sur quatorze sont du répertoire de l'**action** « *aller, mettre, envoyer, passer, travailler, essayer, etc.* » et utilisés 694 fois. Deux verbes sont de l'ordre de l'observation et de la réflexion : « *voir, penser* » répétés 239 fois. J'ai comptabilisé 734 répétitions pour 13 mots⁴⁹ pour l'**environnement de la MSP**. La thématique **formation** est formulée par le registre « *formation, coordinateur, groupe, travail, ARS, expertise, mail, région, métier* » et représente 19% de l'effectif (457 fois). Le registre **impersonnel** « *chose, gens, coup, truc* » est présent puisque verbalisé 223 fois. L'**espace/temps** est de 4 % (124 fois).

La procédure de la deuxième étape est un graphe de similitude avec un seuil de citations de 4 mots. La tentative avec le seuil de 10 n'était pas concluante et a donné un arbre aminci. Le graphe présente quatre nuages réels. « Aller » est plus volumineux et apparaît en premier niveau. Une connexion est forte entre la santé et la maison. Cet arbre est lisible en annexe 3.



Titre : Représentation graphique des sous forme de nuage de points des entretiens des sept formateurs relais.

⁴⁷ La lemmatisation est une analyse lexicale qui permet de regrouper les mots d'une même famille ensemble.

⁴⁸ Les 43 mots sont en annexe 3 « Résultat de l'analyse de similitude sémantique extrait de la retranscription des sept entretiens des formateurs relais ».

⁴⁹ Environnement de la MSP : Santé, maison, leader, médecin, équipe, fédération, professionnel, petit, soin, projet, territoire, besoin, cas.

Ces deux lectures montrent que les formateurs relais sont **dans l'action d'aller, de faire des choses, d'agir, d'être en mouvement**. Ils ne sont pas dans une dynamique de transmission, aucun verbe de ce registre n'est mobilisé. Le formateur se positionne plutôt en « **animateur** » (associé à « aller » dans le nuage). Le vocabulaire mobilisé par les formateurs exprime davantage l'environnement de la MSP où il se fait plus précis et fourni que celui de la formation. Le registre théorique de la formation est absent et **ne révèle pas une approche conceptuelle de la pédagogie ou de l'apprentissage**. Les formateurs relais n'expriment pas spontanément de doctrine sur la formation. **L'appropriation de la formation par les animateurs est** connectée à « coordinateur, formateur, mission, métier, leader » dans le graphe de similitude. **L'approche impersonnelle** « truc, chose » pourrait évoquer un flou, une incertitude peut-être ressentis par les formateurs relais dans le dispositif de formation innovant.

4.2 L'analyse thématique

Cette analyse est extraite des entretiens individuels faits auprès des sept formateurs relais régionaux (5 heures 11 minutes retranscrites intégralement) réalisés sur deux semaines entre le 14 mars 2016 et le 31 mars 2016. La première étape a constitué à définir les thématiques et sous thématiques présentes dans les entretiens. Le corpus a été ventilé selon les thèmes suivants : les profils, les motivations et les enrôlements, le vécu du dispositif (la définition de leur rôle, l'animation et la pédagogie mises en place, le rapport au contenu diffusé par l'EHESP) ; la nature des liens construits entre les formateurs relais, avec l'EHESP, les ARS et le comité de pilotage régional ; leurs visions des identités et des fonctions des coordinateurs. La deuxième étape a été la construction d'un argumentaire sur l'identité des formateurs relais et la dynamique d'équipe ; le poids de l'apprentissage et de l'initiative ; le poids de la configuration régionale ; et l'identité du coordinateur vue par les formateurs relais⁵⁰.

Au moment des entretiens, six formateurs relais sur les sept ont animé la première rencontre T0 où étaient présents le formateur relais, les membres des comités de pilotage régionaux, l'ARS, le binôme coordinateur/leader de la MSP inscrite à la formation. Un formateur relais a animé le T0 et le séminaire 1.

⁵⁰ L'identité du coordinateur vue par les formateurs relais ne sera pas présentée dans ce travail.

4.2.1 Les formateurs relais

Le groupe formateur relais est composé de sept médecins qui animent les séminaires sur 6 régions. Les points de ressemblances et de différenciations de leurs profils sont les suivants et sont détaillés ultérieurement dans l'analyse.

	Ce qui rassemble	Ce qui différencie
Les profils	- Sexe masculin - Profession Médecin - Enrôlement (Membres d'une Fédération professionnelle : Fédération des MSP / URPS - Lieu d'exercice regroupé - Leader ou co-leader. - Enjeu de la formation	- Années d'expériences professionnelles - Parcours professionnel - Spécialisation : Six généralistes et 1 spécialiste - 3 Facilitateur sur 6 - Recrutement - Motivation

Les sept formateurs relais ont en commun d'être de **sexe masculin et médecins**. Parmi eux, six sont des médecins généralistes et un est médecin spécialiste. Six médecins sur sept ont des expériences professionnelles qui varient de 1 an et demi à 35 années d'expériences avec une moyenne de 18.03 ans.

Six sont membres de la fédération régionale des maisons de santé et un est membre de l'URPS. Les six médecins généralistes travaillent tous dans un modèle d'exercice regroupé, cinq en Maison de santé et un en Centre de Santé et sont tous membres de la fédération des MSP. Quatre ont montés leurs MSP en tant que leader et deux en tant que co-leader, trois membres de la fédération régionale des MSP sont des tiers facilitateurs. Deux formateurs relais (deux généralistes) ont leurs coordinatrices qui suivent la formation. Les six médecins généralistes et le médecin anesthésiste travaillent dans des exercices regroupés ont des parcours professionnels différents⁵¹.

Le responsable pédagogique de la formation a **recruté** les formateurs relais selon deux modalités : **des personnes ressources identifiées** par leur profil sur un territoire d'une part, et la diffusion d'une offre d'emploi par le **biais de l'EHESP et de la fédération nationale des maisons de santé** d'autre part. Par exemple, R travaille au Centre de Ressources à la HAS avec le responsable pédagogique de la formation. Il a participé à l'élaboration de la matrice de maturité. J et B ont été recrutés par le responsable pédagogique qui était à la recherche de profil « chercheur ». E, S ont pris connaissance du poste par la diffusion de l'annonce par la fédération des MSP où les **prérequis pour ce**

⁵¹ Les portraits détaillés des formateurs relais (R, E, I, B, J, S, D) sont détaillés en annexe n° 5.

poste étaient une neutralité (pas de syndicat, pas d'institution, pas de conseil d'administration). Pour D, l'URPS **a joué le rôle d'intermédiaire** sur sa région.

L'enrôlement a été assuré par la fédération régionale des maisons de santé, pour six médecins généralistes exerçant en MSP, par les formateurs relais sont **l'URPS** pour un et les réseaux de santé pour R dont il a une riche expérience.

Les sources de motivation des formateurs relais pour intégrer le dispositif de formation sont diverses : politique, affective, réflexive, organisationnelle, futuriste, néant. Pour R, la motivation est **politique**, sa réflexion se fonde sur son expérience des réseaux de santé : les professionnels de santé répondent à un besoin du terrain par une construction et l'autonomisation d'un mode d'exercice alternatif. Ce modèle trouvera sa place dans le système de santé à condition que les politiques publiques et les acteurs de terrain convergent dans la même direction. B et J, aux profils universitaires, ont une motivation d'ordre **réflexif** dans un but de poursuivre la thématique de la modélisation de l'organisation des soins primaires. Quant à S et E, leurs motivations sont de **répondre à un besoin du terrain**, étape nécessaire pour le bon fonctionnement présent et futur d'une MSP. La motivation de I est **de participer à la construction** de l'hôpital de demain tourné vers l'ambulatoire. D **n'a pas exprimé de motivation**, ce qui est peut-être en lien de sa présence à la formation en réponse à la sollicitation de la fédération.

4.2.2 La formation

Dans son ensemble, la formation paraît adaptée aux besoins et est perçue comme innovante. Les formateurs apprécient les temps de rencontres entre eux et en retirent une satisfaction personnelle et du contentement. Ils apprécient de participer à sa création même si cela peut paraître inconfortable (« *c'est qu'il y a une fonction de création. Il y a quand même de l'innovation, on ne sait pas où on va* ». (I)).

Les points qui différencient et rassemblent les formateurs relais au sujet de la formation sont :

	Ce qui rassemble	Ce qui différencie
La formation	- La position d'animateur - Le caractère innovant de la formation - Le cadre pédagogique - Le processus de conceptualisation - La culture du soignant - Les outils pédagogiques EHESP - Sentiments d'inquiétude, stress, angoisse	- La vision des objectifs d'apprentissage - La dimension équipe - La légitimité - Les outils et les techniques d'animation

A) Les objectifs d'apprentissage

La vision des objectifs de l'apprentissage des stagiaires coordinateurs portée est partagée par les formateurs relais. Selon R, l'objectif à atteindre de ce dispositif n'est pas une modélisation de la professionnalisation ou du métier des coordinateurs mais plutôt **une capitalisation reproductible de connaissances et de compétences** telles que des savoir-faire et des savoir-être nécessaires à la mission de coordinateur : *« Former les coordinateurs des maisons de santé, c'est-à-dire une forme de savoir-faire à la fois pratique, savoir être, qui soient reproductibles. »*. R souhaite **sublimier le coordinateur** sans l'enfermer dans un cadre théorique strict : *« Mais bien sûr en évitant de les enfermer dans un cadre théorique, car on assèche la force d'un coordinateur, c'est-à-dire ces capacités de réaction, d'innovation »*. D souhaite **favoriser les échanges, découvrir son environnement et acquérir un socle minimal de connaissances** : *« on essaie de favoriser les échanges et les expériences et de donner et d'indiquer les cadres auxquels on ne doit pas se soustraire et puis les éléments qu'on doit éviter d'oublier [...] avoir une vue d'ensemble de leur environnement local mais surtout un environnement national, l'environnement règlementaire. »* Pour E, la formation est le temps de la **formalisation et de la théorisation de la structure, des interactions et de la culture de la MSP** : *« On formalise des choses qui n'étaient pas écrites. C'est vrai que pour pouvoir rentrer dans un groupe, il faut établir des relations de confiance il faut parler de la qualité de vie au travail, il faut savoir ce qu'est une fiche de poste sinon on va droit dans le mur. C'est la concrétisation des ressentis. »*. I et R envisagent un **apprentissage de l'outillage** (matrice de maturité). B voit dans cette formation la possibilité d'**un terrain de recherche** grâce à la collecte de matériaux basée sur les retours d'expériences des stagiaires et l'occasion d'explorer les tenants et aboutissants de la relation leader - coordinateur : *« est-ce qu'on retrouve finalement des leaders qui se sentiraient désinvestis de certaines de leurs missions parce qu'on mettrait en place un coordonnateur ? »*.

B) Une équipe de formateurs relais : sa dynamique, sa place, sa légitimité

La dimension équipe rapportée par les formateurs relais est discordante. Selon R, les formateurs relais sont à la fois **différents et complémentaires**. Mais grâce au travail de « mise en contact » effectué sur le terrain pour organiser l'animation des séminaires, **une vraie équipe de formateurs relais** qui a le souhait de s'entraider et de réussir, a pu éclore dans un climat chaleureux où les temps de rencontres sont jugés efficaces, sympathiques : *« Je trouve que la mayonnaise a très bien pris et que l'on s'est très bien entendu, tous*

complémentaires les uns des autres et les temps de rencontres entre les formateurs relais, je les trouve très efficaces, très sympathiques avec une grande empathie envers les uns et les autres avec une envie de réussir et d'aide réciproques [...]une vraie équipe de formateurs relais ». Ce constat n'est pas partagé par tous. E fait état **d'une absence de contacts entre tous les formateurs et de sa création de binôme** avec S avec qui il échange des outils d'animation de formation. S confirme **ce binôme pragmatique et le besoin d'échanges mutuels** : « *avec E, on a besoin d'échanger tous les deux pour avancer souvent* » et corrobore les rencontres sympathiques évoquées par R. B porte **un regard interrogateur** sur le caractère homogène et harmonieux quant à la limite d'être une équipe de médecins-formateurs relais face à des profils d'apprenants hétérogènes: « *finallement on est tous médecins et ce qui n'est pas du tout le cas des gens formés. Il y a eu un choix particulier de dire on va avoir des médecins [...] jusqu'où à un moment ça permettait un fonctionnement homogène, harmonieux ?* ».

Au sein de cette équipe, le formateur relais se caractérise **principalement en tant qu'animateur** (J et B) qu'il décline en animateur relais (D), animateur territorial (S) et relais, animateur vedette (E) ; en tant qu'**accompagnateur** d'équipes de soins primaires ou de coach (I) ; et aussi « *être à la fois élève et professeur* » dans le dispositif (R.). **La variété sémantique employée pourrait être révélatrice d'une difficulté du formateur à trouver sa place au sein du dispositif** et d'un équilibre précaire entre sa fonction d'animateur à une échelle locale et nationale. Aucun membre de l'équipe ne se positionne en tant qu'expert, **rôle laissé à l'expertise EHESP** : « *parce que le contenu pédagogique, je le trouve très bien et j'aurai été incapable de formaliser les choses aussi bien qu'elles ont été faites. Il faut dire qu'il y a des experts un peu balèzes dans l'affaire* ».

Ils puisent **leurs légitimités dans des ressources différentes** : l'EHESP (S), son expérience médicale (R.), son expérience de l'animation (B), sa connaissance de l'outil informatique (J),...D tire sa légitimité de son **expérience de leader sur le terrain et de facilitateur de la fédération régionale des MSP** : « *Je pense que si j'ai une légitimité, je la tire d'abord de mon expérience sur le terrain et de ce que ça a produit. Donc, je peux la tirer également du fait que j'ai fait 3 des 4 départements en tant que facilitateur, donc j'ai un regard sur différentes approches, donc ça je peux restituer si besoin. [...] ça je peux le tirer de la fédération* ».

C) *L'animation des séminaires : le cadre pédagogique, le processus d'adaptation*

Tous les formateurs relais ont saisi que le cadre pédagogique de la formation est **une mixité de l'approche terrain et de l'approche conceptuelle** qui conduira *in fine* **le coordinateur à la compréhension de sa propre pratique**. R l'exprime ainsi : « *Au lieu de raconter des histoires et décrire la réalité de comment on fait de la coordination en prenant des points repères théoriques. Et donc, en associant, sans perdre la connaissance et la puissance du rapport à l'expérience, en ayant des repères et une transcription de références théoriques, j'ai trouvé que ça s'organisait bien [...] On peut trouver des références et des cadres théoriques qui aident à mieux comprendre les choses et non les justifiées, car la justification vient de la rencontre avec la personne malade ou avec la situation dans laquelle on est, et puis la vérité vient de « ça marche ou ça marche pas », mais d'avoir la compréhension de ce qui se passait grâce à un cadre théorique* ».

Le déroulé de la formation **est compris, validé et partagé** par tous les formateurs relais. Dans un premier temps, **l'approche est inductive en partant de l'expérience du terrain des coordinateurs**, et en procédant à une reformulation de la part des coordinateurs de leurs expériences au sein des MSP. Dans un second temps, **l'apport de la connaissance du terrain du formateur relais et le contenu théorique et conceptuel de l'EHESP permettront de dérouler un cadre théorique**. « *Quand j'anime mes séminaires, j'ai ça en tête et je vais faire formuler aux gens leurs expériences, leurs ressentis, leurs doutes à partir de leurs vécus [...] Après dans un deuxième temps, nous allons utiliser nos connaissances et tout l'apport théorique qui est porté par l'école pour essayer de faire la jonction entre le pragmatisme du quotidien et le recul nécessaire pour comprendre ce qui se passe à travers un apport théorique* » (R.).

La pédagogie de la formation mixant l'approche terrain et la théorie a nécessité de la part de formateur de **surpasser ses difficultés** et d'effectuer **un cheminement de réflexion, un processus d'acceptation, d'acclimatation et de conceptualisation**. En effet, l'approche du quotidien vécu par les soignants semble éloignée de la vision conceptualisée de la MSP. **Le premier contact avec la théorie a été vécu comme perturbant et déstabilisant** pour R : « *A la fin du premier séminaire, j'étais très dubitatif. J'avais un malaise. [...] J'étais un peu inquiet et je n'arrivais pas à préciser où était mon sujet d'inquiétude. J'ai pensé que c'était parce qu'on se lançait dans quelque chose qu'on ne connaissait pas, pas bien formés dans son rôle de formateurs. [...]* ». **Lors de la deuxième réunion, ce formateur relais « a basculé lorsque j'ai accepté l'idée que cet apport théorique pouvait m'être bénéfique »** et l'explique par son **cheminement afin que le monde de la culture du**

Frédérique CAROFF KARSON -

soignant du quotidien et le monde de la théorisation d'une pratique se rencontrent : « *lorsqu'on a une grande expérience pratique [...] on a une conceptualisation de sa pratique qui n'est pas rattachée à des théories mais qui est rattachée à des histoires, à une histoire du réel. Tandis que lorsqu'on prend du recul avec le réel pour en faire des théories, ce n'est pas dans notre culture de soignants au quotidien. Et toute la phraséologie et tous les tests envoyés pour le séminaire, le test des petits oiseaux, pleins de références théoriques au management de l'entreprise et pour nous, c'était assez agressif. En tout cas, pour moi, c'était assez agressif puisque cette présentation théorique de ce travail de coordination, il fallait que je puisse le transcrire immédiatement dans le comment trouver sa place dans la pratique au quotidien. Et petit à petit, une fois que je me suis rendu compte que cette théorisation provenant d'un autre système, le système du monde de l'entreprise pouvait trouver une adaptation à partir de ma pratique et comment je pouvais me servir de ces données et approches théoriques pour donner un peu de consistance à cette pratique* ». Selon E, **les difficultés de distanciation et de prises de recul seraient liées à la culture de soignant** et de les appréhender avec la formation est source de remise en question et de travail sur soi : « *On est toujours dans l'imminent, on répond. [...] " Le patient a mal, on le soigne ", " le patient a un problème, on fait un diagnostic ". C'est un nouveau boulot pour nous car il faut qu'on apprenne à se détacher [...] et puis de prendre un peu de recul* ».

D) *Les outils d'apprentissage : les contenus pédagogiques destinés aux stagiaires, les outils de régulations des formateurs relais, les techniques d'animation de séminaires*

Les contenus pédagogiques proposés aux apprenants par l'EHESP sont selon les formateurs relais **de qualité, adaptés, exhaustifs, bénéfiques, techniques** : « *[...] aussi structuré, aussi poussé, aussi construit que celui qui est délivré par l'école* » (R.) ; « *Personnellement, je trouve que s'est adapté* » (S) ; « *C'est normal que ça soit très exhaustif et en même temps, si cela ne l'avait pas été, ça aurait pu être reproché également. [...] Au contraire, c'est quelque chose de très bénéfique. Je ne percevais pas tout ce que Moodle pouvait apporter.* » (J) ; « *C'est hyper chaud ! C'est hyper technique* ». » (I). Certains supports, tels que la gestion du budget, sembleraient **trop théoriques et éloignés** du cœur de métier du coordinateur : « *Les dernières séquences du module 1 sont un peu trop théoriques par rapport à ce que font les coordinateurs habituellement. [...] il faut que tout cela reste des segments de compléments de formation mais pas le cœur du métier. On n'en est pas là* » (D). De surcroît, le formateur relais qui

s'est construit une expertise en position de leader sur le terrain **porte par cette expérience un certain regard sur les outils de la plateforme** dont il lui faut se libérer ultérieurement pendant l'animation des séminaires afin de porter une attention neutre sur le coordinateur : *« Ce qui est mis sur REAL, il y a des thématiques que je trouve éloignées des acteurs du terrain, mais là, la formation est destinée aux coordinateurs/coordonnateurs et n'est pas destinée aux leaders, mais on raisonne toujours en tant que leaders »* (D).

Après des premiers contacts vécus comme agressifs par les formateurs relais, l'appropriation avec l'équipe des experts EHESP s'avère finalement réussie. Au-delà de l'apport théorique de qualité, l'EHEP aurait répondu à l'attente formulée par l'animateur, c'est-à-dire **la méthode d'utilisation de la théorie qui renforcerait les compétences du formateur** : *« Ça nous explique l'approche théorique, d'où elle vient, d'où elle s'est construite, le raisonnement intellectuel qui a conduit à ça, comment cela s'applique [...] On a la théorie et la méthode d'utilisation de cette théorie, et ça c'est important »* (R.). En dehors de ces réunions de régulation d'animation de séminaire, il n'y a **aucune relation entre les formateurs relais et les experts de l'EHEP**.

Afin d'animer les séminaires, **les formateurs relais utilisent des méthodes qui leur sont propres** : des groupes d'échanges de pratiques et de partages d'expériences de l'université de médecine (B et J), des fiches pédagogiques (E, S, D). B et J en tant que **binôme** doivent s'accorder. I est neutre et sans expertise, il teste **des nouveaux ateliers de co-coaching et de co-développement**. Sa stratégie est d'initier et de développer une cohésion de groupe et une relation d'entraide pour que les stagiaires s'autonomisent et que les éléments les plus forts aident les plus faibles : *« Je vais faire un truc nouveau. C'est un atelier de Co-coaching, de Co-développement. [...] Je voulais qu'il sorte du séminaire en ayant une cohésion à l'intérieur du dispositif qui s'auto entraide, car je vois qu'il y a des faibles et des forts. [...] Ils peuvent s'auto entraider »*. E utilise **des fiches pédagogiques émanant de sa création** qu'il a diffusées auprès des autres formateurs : *« Mon programme est fait et j'ai envoyé les fichiers à mes collègues »*. S **utilise intégralement les fiches de E** et se différencie de E par une technique d'animation de groupe autre, *« la même façon qu'à fait E avec qui j'ai échangé pas mal [...] C'est du copier-coller avec juste en début d'après-midi pour dynamiser la réunion, je vais travailler avec une technique différente »*. **L'animation de D se base sur les modèles de E et de S panachés et complète avec des outils de son choix** : *« j'ai fait le choix de m'appuyer sur le modèle de E, celui de S à ... et de combiner les deux. Et puis, je le fais sur une journée et demie et pas une journée, je vais essayer de trouver des éléments qui vont bien occuper la deuxième journée. »*.

Frédérique CAROFF KARSON -

E) *Les écarts d'apprentissages des formateurs relais et leurs conséquences*

Les formateurs relais s'**approprient les contenus des outils de régulation fournis par l'EHESP**. Ils ne sont pas des messagers de l'information. L'information diffusée aux stagiaires durant le séminaire est transformée et composée d'un brassage des apports théoriques et matériaux d'animation de l'EHESP et de la touche personnelle du formateur relais : *« C'est comment avec un apport théorique et des méthodes d'animation apportées par l'école, tout ce que nous amène la richesse du contenu de l'école, comment je passe ça à la moulinette de la vraie vie pour enrichir l'expérience des coordinateurs et leur donner de l'assurance et des savoirs faire [...] Je veux une appropriation, une petite transformation de l'outil à ma convenance en fonction de mes besoins »* (R). **L'EHESP adhère aux appropriations des contenus des formateurs relais** : *« Mais c'est d'autant plus facile, que nous avons devant nous une équipe qui n'est pas dogmatique et qui accepte tout à fait cette approche-là [...] L'adaptation et la réactivité de l'équipe de l'EHESP est pour nous une garantie. Ils ne nous enferment pas dans un modèle théorique, absolu auquel on n'aurait pas le droit d'en sortir. Du coup, on est plus sur la version 2, c'est-à-dire, j'ai besoin de cet outil d'animation et théorique et comment moi je vais l'utiliser à ma manière [...] On peut dire « tu vois, ton outil là que tu nous présentes, ta méthode tout ça, tes tableaux et tous ces trucs-là, pour moi, c'est des repères, c'est un apport considérable en terme de réflexion mais voilà comment moi, je vais l'utiliser ». Et on est parti un peu tous sur ce registre-là »* (R.). (J) est conscient que le fait que **la personnalisation supplémentaire apportée par les formateurs relais pourrait engendrer une dysharmonie à l'échelle nationale et une crainte de réinventer le contenu**. Il regrette aussi **le manque de formalisation des documents d'animation de séminaires** : *« La chose qui me manque un peu, c'est le fait d'avoir au début de chaque séminaire quelque chose d'un peu plus harmonisé au niveau national. Même si après chacun fait ce qui veut, qu'il y ait une feuille de route pour chaque séminaire un peu plus détaillé. Il me manque un peu ça, parce que du coup, j'ai peur qu'on réinvente des choses. On a bien vu d'ailleurs, E a envoyé des choses et tout de suite tout le monde s'en est bien inspiré. On voit bien, il a écrit ça sur papier libre. Ça aurait été quelque chose de centralisé, je pense que ça aurait été mieux. »*. (J) ajoute que de **se mettre au diapason tout en laissant une fenêtre de liberté de création du formateur relais** permettrait de **délivrer un diplôme identique** à chaque stagiaire : *« Formaliser mais tout en laissant la liberté à chaque groupe de faire ce qu'il veut car il trouve que ce n'est pas pertinent avec son groupe. Je pense que ça*

permettrait d'harmoniser un peu les choses car en sachant qu'à la fin, ils auront tous le même diplôme entre guillemets. Je pense qu'un petit plus d'harmonisation serait pas mal. »

D'autre part, les formateurs relais **ont choisi de ne pas suivre le travail continu des coordinateurs**. En effet, E estime que la formation est destinée aux adultes. Ils sont alors le choix de s'investir ou pas dans la formation. Pour S, c'est un rapport de confiance entre les deux parties. Cette position du formateur peut se comprendre aussi comme un moyen de se dédouaner : *« Après, je me dis c'est une formation d'adultes pour des adultes et ils sont motivés pour la faire. Donc à priori, je pense que le travail qu'on leur demande de faire, ils vont le faire. Et puis, ça va vite se voir tout ça. Au bout d'un moment, il y en a qui vont décrocher. »*

Se pose ici la question **de la validation des acquis et donc de la délivrance d'un diplôme** qui statuerait d'un niveau minimal exigé pour l'exercice du métier de coordinateur. Ce diplôme est une reconnaissance de compétences et de connaissances acquises et un futur passeport dans le monde professionnel. Une tension se perçoit entre l'animateur qui conçoit une évaluation de la pratique quotidienne du terrain et les apprenants en attente d'un diplôme.

F) Les difficultés du formateur relais

Certains formateurs ressentent de **la difficulté à animer et à trouver une unité**. Cela pourrait être lié à **la nature riche et diversifiée du panel d'apprenants** : des profils non soignants dont les niveaux d'études varient du BEP au Master II, des professionnels paramédicaux (infirmière, diététicienne...), des médecins, des connaissances profanes de la coordination, des niveaux d'expériences variés. Ainsi, *« notre problème sera pour vingt personnes différentes, vingt expériences différentes et vingt tempéraments différents. [...] Pour moi, c'est une grande inconnue. [...] on a beaucoup de coordinateurs qui viennent des maisons de santé qui sont des coordinateurs profanes, qui ont une expérience profane et qui souhaitent s'appuyer sur une théorisation de leur savoir profane. [...] (R.) ; « Mais eux dans les apprenants, tu as des secrétaires. Je n'ai pas de jugements de valeurs par rapport à ça. Elles sont en panique parce qu'elles ne sont pas médecins, elles ne comprennent rien » (I).*

Ce panel de stagiaires aux niveaux divers nécessite de la part des formateurs **un travail de réassurance des coordinateurs les plus faibles pour éviter un possible décrochage** : *« Tu vas les rassurer, tu vas les poser, tu vas les garder tous avec toi et tu vas tous les amener aux diplômes. C'est ça qui est fondamental. » (I).*

Le modèle de l'approche inductive est discuté et paraît inconfortable : *« Quand on donne un cours théorique, on assène une connaissance et les personnes individuellement*

*l'assimilent. C'est assez confortable. Il l'assimile ou pas, c'est son problème. On n'est pas dans ce confort-là » (R.). S évoque la **préparation du séminaire jugé complexe et chronophage et demande un investissement en travail personnel important** : « en fait, ça demande pas mal de temps de préparation quand même. Ce sont des séminaires qui sont quand même complexes à monter. [...] Oui et on est obligé de travailler pas mal. J'ai re-bossé encore hier soir encore sur la trame de demain. Je pense qu'on pourrait gagner en efficacité. ». Le caractère expérimental du dispositif impose une forme de pilotage à vue de la formation qui peut représenter une complication supplémentaire. Même si les formateurs sont motivés et conscients que la formation est une innovation, elle peut être vécue comme un ajustement permanent fait dans l'urgence : « Je dirai que le défaut devient un avantage. C'est un oxymore. L'apparence de bricolage, non pas de bricolage. C'est l'inconvénient ou le défaut de l'innovation. Mais je suis très content qu'on innove ». (R.) ; « C'est pour ça que c'était assez stressant pour ceux qui l'on monté au départ, c'est qu'il a fallu qu'on monte la formation un peu à l'arrache ». (S.).*

Les formateurs relais mobilisent un vocabulaire émotionnel (ils parlent de **stress, de peur, d'angoisse, d'inquiétude**) qui est lié à la plateforme (R.), organisationnelles (E), aux apprentissages des coordinateurs (D), etc. L'inquiétude de R : « Mon **inquiétude** est toute la partie utilisation de la plateforme et l'informatique car je ne suis pas de cette génération et ça n'a jamais été mon truc. L'utilisation de la plateforme est source d'**angoisse**. » ; E « J'ai plus d'**inquiétude** pour le prochain séminaire, je ne sais pas si vous avez vu le programme, il y a 7 chapitres assez costauds ». S semble inquiet par l'inconnu et le pilotage et l'animation à vue sans préparation approfondie ce qui exige de lui un travail de réassurance supplémentaire : « On parlait du T0, oui un peu stressant car je ne savais pas trop où j'allais avant de la faire. D'habitude je suis plutôt cool sur les formations, et là, celle-là est je pense, celle que j'ai le plus bossé. [...] ».

Pour conclure cette partie sur la formation, on notera le positionnement de « formateurs relais » ou animateurs en accompagnateurs et organisateurs de la formation sur leurs territoires. Le glissement progressif de leur rôle repositionne l'animateur local qui était à l'origine conçu comme un « relais » vers une position d'accompagnement et de coaching. Le formateur relais pourrait progressivement se déplacer en « conseiller » pour les coordinateurs et être en face à face avec le contenu pédagogique de la plateforme REAL de l'EHESP. Par le fait de « retravailler » et de « personnaliser » les outils d'apprentissage d'animations de séminaires délivrés par les experts de l'EHESP, les formateurs relais

mettent à distance ce qui aurait pu être une « tutelle » des experts. Cependant cette évolution du rôle de formateur pourrait engendrer d'autres conséquences.

4.2.3 Le poids de la configuration régionale sur le dispositif de formation

« Alors dans chaque région, ça va être encore un peu différent, car moi j'ai une manière de faire avec les apprenants et les stagiaires. D'autres collègues en ont une autre. [...] Maintenant, chacun va faire ça à sa sauce. » (E)

Un focus sur chaque région permet de saisir le contexte territorial qui s'appuie sur différents éléments : le niveau de présence de la fédération des maisons de santé sur le territoire, la position du formateur relais vis-à-vis d'elle, le comité de pilotage et les relations avec l'ARS, le recrutement des stagiaires, la position de l'animateur. Ces éléments jouent un rôle important dans la future identité du coordinateur.

	Ce qui rassemble	Ce qui différencie
La configuration régionale	- La présence des formateurs dans le comité de pilotage. - L'implication du formateur auprès de ses coordinateurs	- L'implantation de la fédération régionale des MSP - Les relations avec l'ARS - La présence d'un comité de pilotage de la région - Le contexte territorial - Le panel de stagiaires

A) Focus sur les six régions

Dans la région de R le début de la formation a été un peu différé suite à une situation territoriale qui semblerait difficile et conflictuelle, lié à un contentieux non réglé entre la fédération régionale de MSP et les communautés de professionnels sur le territoire. R a opté pour une position de retrait afin de rester extérieur aux conflits sur le territoire. Il a participé au comité de sélection des apprenants et la région est peu porteuse au niveau des MSP selon R. Au moment de l'entretien, R n'a eu aucun contact avec les coordinateurs et ne les connaît pas.

La fédération régionale de MSP est très présente sur **la région de E** qui est la seule qui ait intégré dans son groupe des coordinatrices Facilimed : « Il a fallu qu'au début je me bagarre un peu avec eux parce que j'avais que le numéro de téléphone de Facilimed et le mail de Facilimed, et leurs mails perso, je ne l'avais pas et ni leurs numéros de téléphone. [...] Parce que c'était un peu chasse gardée en fait. [...] ». Il co-anime les séminaires avec une chargée de mission de l'ARS qui travaille sur la thématique des MSP. Il n'y a pas de

comité de pilotage spécifique pour la formation et est intégré au PASP. Le formateur relais est présent et actif auprès de ses coordinateurs (forum, mails) pour créer une dynamique de groupe et d'échanges.

Dans la région de S, les rapports avec l'ARS sont sereins et l'étaient auparavant. Il a assisté à deux réunions de comité de pilotage où cela se passe bien. La dynamique de groupe est présente et a été impulsée par l'animateur par des appels téléphoniques, des mails et le T0. Ce groupe s'en est saisi et l'a poursuivie telle une petite communauté qui a la caractéristique d'avoir dans ses effectifs deux personnes salariées ARS qui ne sont pas en poste en MSP. Le formateur relais l'envisagerait comme une difficulté d'animation supplémentaire : *« dans les séminaires, je vais les gérer un peu différemment car je ne peux pas les mettre sur les mêmes exercices. Je vais plus les gérer comme des personnes ressources de l'ARS »*.

Dans la région de B et J, la fédération régionale des MSP est très bien implantée et produit des formations. B et J ont des contacts rapprochés avec la fédération qui n'est pas vécue comme contraignante par J, mais plutôt positivement perçue comme un réseau à exploiter. Chaque maison de santé dont le coordinateur est inscrit dans la formation a dû adhérer à la fédération régionale des MSP : *« Ce n'était pas une obligation. C'était une proposition qui s'est faite très facilement. Je pense que ce n'est pas quelque chose dont on a partout. Nous, c'est vraiment entendable parce qu'il y a une dynamique qui est vraiment importante, et ils ont des contenus à nous apporter qu'il était difficile de nous donner si toutes n'étaient pas adhérentes. Et puis, ça va leur permettre de faire partie après d'un réseau et du même réseau »* (J). Autre particularité : une animation en binôme et un public de coordonnateurs homogène composé de professionnels soignants. Il n'y a pas eu de forum sur la plateforme mais des envois de mail pour rassurer sur l'apprentissage et l'utilisation de la plateforme.

Dans la région de I, la fédération régionale des MSP n'existe pas, la région serait libérale et un peu précoce par rapport aux autres régions selon I : *« Il y a un esprit d'entreprise en termes d'entreprise libérale. C'est ancré en K. Et que les médecins ne coupant à l'exercice, aussi sont des entrepreneurs et il y a des leaders qui sont assez nombreux en K »*. L'absence de contact avec l'ARS serait due à une confiance dans l'animateur et dans l'expertise du terrain : *« Je n'ai pas de relation, cela se fait sur la confiance. Ils nous connaissent aussi. Ça fait des années qu'on est sur cette démarche-là. Donc, ils nous laissent toute liberté d'action. [...] Ils font par intermédiaire, mais ils délèguent totalement. »*. Il anime un groupe d'apprenants aux niveaux très hétérogène avec une

présence importante de secrétaires. Son intérêt est de créer une cohésion de groupe pour qu'une relation d'entraide se mette en place entre les apprenants.

Le contexte territorial de D est favorable au développement des MSP avec une dynamique lancée par une visite de la ministre de la santé et un résultat positif d'un maintien de la démographie médicale sur le territoire : *« Et puis, effectivement, il y a dans un certains nombres de départements comme le département de bip où la structuration des professionnels en MSP a permis de maintenir des acteurs de façon concrète »*. D représente la fédération régionale des MSP et travaille en proximité avec l'ARS.

B) Les positions des formateurs varient selon les configurations régionales

Pour I, il est important de **conserver une neutralité** vis-à-vis des fédérations professionnelles dont la fédération des maisons et de santé. Selon lui, les formateurs relais doivent veiller à ne pas devenir les portes paroles de la fédération. Il ressent même de la gêne vis-à-vis de cela et souhaite avant tout éviter une confusion des genres. Il ne souhaite pas que l'organisation des soins primaires devienne l'organisation de la fédération des maisons de santé. Il ne valide pas le principe de la région où les MSP dont les coordinatrices sont en formation adhèrent à la fédération régionale : *« Des fois je suis gêné par d'autres formateurs relais ou accompagnateurs relais qui eux disent "ben nous, à la fédé, nous à la fédé" et c'est presque un peu gênant parce qu'il faut faire attention à ça, que tu ne sois pas le porte-parole de la fédération parce que tu n'es pas là pour ça »*. En K, il n'y a pas de danger et il n'y a pas de risques mais c'est vrai que dans d'autres régions, on assimile tout de suite organisation des soins à la fédé ». E partage le sentiment avec I d'une intrusion de la fédération par le recrutement de coordinateurs Facilimed : *« Il y a même des apprenants qui sortent de Facilimed dans certaines régions. »* (I).

I marque également **son étonnement face à la co-animation de séminaire avec l'ARS** dans la région de E : *« C'est vrai que j'étais étonné que de voir dans certaines régions par exemple des Co-animations avec l'ARS. »* Les autres formateurs relais dont l'« encalonnage » (D) avec la fédération est importante n'expriment pas de ressentis sur ce sujet.

Selon B, **la personnalisation territoriale de la formation** détient l'avantage de s'adapter aux besoins et attentes du terrain local d'un côté. De l'autre côté à l'échelle nationale, elle risque de provoquer une disparité dans l'identité du coordinateur, dans la définition du métier de coordinateur ainsi que dans l'exercice de son métier : *« le gros avantage que je vois dans la personnalisation, c'est d'être au plus près des besoins et des attentes des*

participants.[...]Pour le métier de coordonnateur, [...] on peut penser qu'à un moment, ce sera finalement pas complètement le même métier et que on se retrouvera dans des réunions nationales avec des personnes qui parlent d'une réalité qui en pratique n'est pas la même.». B compare son expérience de la formation des coordinateurs avec celle de l'enseignement universitaire. La seule variable est l'animation puisque le contenu est sous contrôle, par des scénarios minutés et harmonisés nationalement. Pour lui, le fait de l'hétérogénéité des groupes de participants entraîne **des degrés de personnalisation des contenus et des animations singulières avec une vitesse de progression des coordinateurs différente entre chaque région** : « Il y a des choix qui déclinent suivant les territoires différemment. C'est là aussi notre autonomie. Je pense qu'il y aura de l'évolution. J'avais quand-même en tête au moment où je devais participer à cette formation, qu'on aurait une trame assez formalisée. J'ai l'impression au fur et à mesure que l'on travaille, qu'on va peut-être avoir de l'hétérogénéité du fait des compositions des participants dans les régions, et des régions où la nature des participants est différente. » La région de B est composée d'un profil homogène de soignants. **Selon B, le profil des coordinateurs différents entre les régions personnaliseront les territoires.** Pour sa région, le profil secrétaire conduirait à une dévalorisation du métier de coordinateur et le profil soignant serait le plus adapté au rôle de coordination : « Et très concrètement, par exemple, en termes de représentation des métiers, c'est que, le fait qu'il y aurait des secrétaires qui viendraient être coordinatrices dévalorisaient la fonction. »

Ce dispositif est traversé par une dynamique de différenciation. D'un côté une volonté de diffusion de protocoles et d'outils standardisés par la HAS en partenariat avec l'EHESP porteuse du dispositif, et d'un autre côté, une mise en œuvre régionale avec de fortes spécificités. L'enjeu pourrait être à terme l'unicité de la fonction de coordination et de l'identité de métier associée.

5 Les ARS

L'analyse est extraite de cinq entretiens individuels faits auprès de cinq ARS participant à la formation (3 heures 44 minutes retranscrites intégralement) réalisés entre le 08 avril 2016 et le 09 mai 2016. Le 26 mai, une ARS a répondu par mail. La réforme territoriale a bouleversé l'organisation de trois ARS sur six⁵² (Verpeaux, 2016). Les personnes interviewées sont en lien direct avec le dispositif de formation ou l'étaient avant à les mutations territoriales.

Cinq questions ont guidé ma réflexion et mon analyse des matériaux recueillis : Quel rôle les ARS ont-elles tenu dans le dispositif de formation ? La politique de recrutement varie-t-elle d'une région à une autre ? Quelle sont les politiques publiques régionales de l'organisation des soins primaires ? Quels regards portent les ARS sur la fonction de coordination ? Sur le dispositif de formation ?⁵³ Il se dégage les points suivants.

5.1 Un soutien financier et institutionnel

Le rôle des six ARS est un **soutien financier et institutionnel du dispositif de formation**. Plus précisément, la formation a nécessité un **investissement** de 50 000 euros par ARS : *« pour que le modèle économique tienne il fallait qu'il y ait au moins 5 ou 6 régions, puisque le budget était 300,000 euros pour monter la formation, rien que pour monter la formation, d'avoir 50,000 euros par ARS »* (ARS3). Aucune ARS ne finance les frais annexes des coordinateurs formés malgré leurs demandes fréquentes : *« On finance juste la formation, on ne peut pas se permettre de rentrer dans l'indemnisation des formés, sur le budget qu'on a aujourd'hui. Je pense qu'il y a aucune région qui finance ça. C'est ce qui s'était dit au national. Qu'il n'y a aucune région qui ne lâche [...] Je dirais que psychologiquement c'est important aussi de voir que tout ne soit pas non plus rémunéré forcément »* (ARS3). L'ARS tient à se positionner et maintenir son **rôle d'institution régulatrice de l'offre de soins** (*« En tant qu'ARS, je pense que dans le cadre de la formation le côté positionnement de l'institution régulatrice de l'offre de soins serait important par rapport au contexte dans laquelle ils agissent »*) (ARS3). L'ensemble des ARS ont formulé le **modèle économique règlement arbitral – formation** : *« il y a une bonne concomitance entre la pérennisation du financement de la coordination pluri pro avec le règlement arbitral en février 2015, et le lancement de la formation quasiment un an avant, finalement puisqu'on avait des nouveaux modes. »* (ARS5).

⁵² Cf Glossaire : Réforme territoriale.

⁵³ La politique de recrutement et le regard sur le dispositif de formation ne sont pas exposés dans ce travail.

5.2 La nature des relations entretenues par les ARS

5.2.1 Sa relation avec les partenaires EHESP et les fédérations professionnelles

Selon les 6 ARS, **les relations entretenues ont été soutenues dans un premier temps** avec l'EHESP pour le lancement de la formation, de même avec l'HAS et la fédération des MSP ; et pour la signature du conventionnement et du financement. Ensuite, l'ARS a pris le relais sur son territoire pour l'organisation matérielle de la formation avec son comité régional. *« Sinon, il n'y a pas eu plus d'échange que ça ».* (ARS 4, ARS 1). Une ARS a sollicité l'EHESP pour une réunion de bilan intermédiaire et est actuellement en attente de date. Ailleurs, l'EHESP a mis en lien l'ARS concernée et une MSP en interrogation face au règlement arbitral (ARS 3). **Chaque formateur fait le "relais" entre l'EHESP et l'ARS par son comité de pilotage régional pour quatre régions.** Dans deux régions, il n'y a pas de lien (formateur relais absent du comité de pilotage pour l'ARS 3 et pour l'ARS 5 aucun comité de pilotage le Comité Technique Régional PASP en faisant office⁵⁴. **Une ARS co-anime le séminaire avec le formateur relais :** *« On y va entre le binôme entre ARS et MSP. Je trouve qu'on est très complémentaire... »* (ARS5). **Les ARS collaborent de manière étroite avec les fédérations régionales de MSP :** *« Au niveau de recrutement, on a beaucoup travaillé avec la FFMPs », « le partenariat, disons que la Fédération est financée par l'ARS, donc c'était une mission en plus qui leur a été confiée au moment est apparu la problématique ».*

5.2.2 Sa relation avec le monde libéral

Certaines ARS en tant qu'institution régulatrice de l'offre de soins, soulignent l'importance de laisser la main aux MSP et de **ne pas imposer de modèle au monde libéral** : *« Mon sentiment, il faudrait se garder en tant qu'ARS d'imposer des modèles. C'est plutôt mon avis vis à vis du monde libéral. On est un sur un règlement arbitral qui laisse la main aux structures en fait. Ça me paraît important dans le contexte actuel ».* (ARS1) **La politique de santé de l'ARS est incitative :** *« Si ils ont un projet de santé tourné vers l'extérieur et très bien bâti et ils vont le mettre en œuvre avec un appui du coordinateur ou si c'est plus minimaliste, ils ne prendront pas de coordinateur car ils en n'ont pas besoin. On ne peut*

⁵⁴ Ce CTR PAPS est composé du « conseiller régional, la préfecture, la Fédération des Maisons et Pôles de Santé, le regroupement des centres de santé, les 5 principales URPS, les ordres professionnels, les universités, les jeunes internes, les syndicats des internes, les syndicats des étudiants, et le syndicat des jeunes médecins généralistes. »

que les inciter à et on ne va surtout pas en tant qu'ARS leur dire de faire.». (ARS 2). L'ARS 3 encourage le monde libéral à la structuration en équipe pluriprofessionnelle et la création de filières de soins puis contractualiser : « arrêtez de travailler de manière isolée, faites en sorte que chacun se connaisse, se reconnaisse sur le territoire. Qu'il y ait une vraie vie d'équipe par micro-territoire. La première idée c'était d'abord qu'ils se structurent sur les thématiques qui les intéressent. » L'institution ambitionne une plus grande autonomisation du monde libéral.

De plus, les relations semblent sereines entre le monde libéral représenté par les URPS et cinq ARS auditionnées. Le monde libéral est un partenaire légitime, facilitateur dans le portage des orientations politiques sur le terrain. Cependant, une ARS a vu son climat relationnel changer suite aux dernières élections des URPS médecins d'octobre 2015 et est en attente d'un positionnement de leur part : « Il y a plein de projets quand même en cours et on ne sait pas du tout quel est le positionnement. »

5.2.3 La formation, un levier de la politique régionale de l'organisation des soins primaires

Les ARS, financeurs de la formation ont dans l'ensemble une dynamique forte autour de la MSP avec des projets à tous stades de maturité. Cette dynamique s'inscrit dans le pacte territoire-santé dont les objectifs sont de lutter contre les déserts médicaux et de réduire les inégalités d'accès aux soins⁵⁵. La formation est un levier identifié parmi d'autres et répond à un besoin identifié sur le terrain : « la correspondance de cette formation, ça tombait à point nommé parce qu'on est une région quand même extrêmement dynamique en termes d'équipes pluri professionnelles [...] Et c'est une fonction qui est assez ignorée de beaucoup de professionnels de santé libéraux. » (ARS5). Pour une autre région à faible démographie médicale où les médecins refusent des nouveaux patients, il est important pour l'ARS de s'engager dans le projet de formation. L'objectif est de former des coordinateurs pour créer un parcours de soins cohérent et recentrer le médecin généraliste sur son cœur de métier : « on est la plus faible démographie médicale et qui est assez catastrophique. Donc il faut développer ce genre d'action. La plupart des médecins vont refuser des nouveaux patients qui viennent s'installer et du coup, il faut arriver à dégager du temps pour les professionnels de santé, donc c'est créer un parcours de soins cohérent [...] La formation tombait pile dessus » (ARS 2). Il est aussi de rendre les territoires plus attractifs dans une période charnière de départs à la retraite de

⁵⁵ Cf. Glossaire : Pacte territoire santé

nombreux médecins : « *Il y a une volonté de développer ce nouveau mode d'exercice. C'est vraiment une volonté de la région. C'est un territoire qui n'est pas très attractif. Oui, il y a des gros soucis pour faire venir des professionnels de santé.* » (ARS4). Ressentant un épuisement des leaders de MSP et un essoufflement des créations de MSP, **l'ARS souhaite relancer la dynamique en créant un nouveau vivier de leaders accompagné d'un coordinateur :** « *Dans ces départements-là où il y a une très forte dynamique, il y a une certaine stagnation. Il y a un peu moins de projets, et puis c'est là où je vous dis que l'épuisement des leaders. C'est que tous les leaders qui étaient « prêt à s'impliquer dans ce genre de structure, aujourd'hui on n'en a plus. On a du mal à trouver des professionnels qui arrivent à s'engager dans un projet. C'est pour ça que le coordinateur sera un plus.* » (ARS5). Pour cette ARS, les jeunes professionnels de santé veulent travailler dans ce type de structure. Travailler à la campagne ne serait pas un frein mais le travail en solitaire l'est aussi : « *Si aujourd'hui on veut améliorer à la fois la qualité de vie des professionnels de santé et à la fois la prise en charge des patients, il faut qu'on dépasse le seul paiement à l'acte pour aller vers des forfaits de coordination.* » (ARS5). Pour d'autre, la formation est **révélatrice d'une prise de conscience de l'intérêt de l'ambulatoire :** « *Ça montre qu'il y a une prise de conscience réelle au niveau national de l'intérêt à travailler sur la porte d'entrée du système de santé et sortir de l'hospitalocentré* » (ARS3).

5.2.4 Le regard de l'ARS sur la fonction de coordination

Quatre ARS évoquent un profil soignant ou santé publique en fonction de la structure **et ne sont pas arrêtées sur un type précis de coordinateur :** « *Je pense que nos coordonnateurs vont être plus des professionnels de santé que des salariés type administratif ou diplômé en santé publique, où à un moment on l'avait envisagé.* » (ARS1). Pour l'ARS 6 le profil est soignant et l'ARS 5 est bac +3/+5. Pour l'ensemble des interviewés, **c'est un nouveau métier qui s'officialise dans la MSP**, même si cette fonction existait déjà. Elle se renforce aujourd'hui : « *C'est un nouveau métier, les coordinateurs. C'est officiel. C'est un métier qui n'était pas mis en place dans les MSP, car soit c'était fait par les leaders, soit par un secrétariat plus où la personne était recrutée en tant que secrétaire, mais on lui demandait énormément de choses. Mais ce sont des fonctions qui existaient déjà à minima et qui sont renforcées aujourd'hui* » (ARS5). **Elle est subordonnée à l'activité médicale :** « *c'est un nouveau métier qui apparaît nécessaire sur le territoire, parce qu'on est en train d'organiser l'activité médicale d'une manière différente. Elles sont un peu subordonnées à l'activité médicales et au nombre de médecins*

qui sont présents ou pas dans leurs MSP » (ARS4). Le coordinateur **présente une légitimité à mettre en place et coordonner**. Le coordinateur sait emmener des équipes et proposer des projets, etc., et les organiser ensuite. **C'est une fonction ingrate et chronophage et est ignorée par une partie des professionnels libéraux** : « *La coordination c'est un temps non négligeable. Et ingrat en plus. Parce que ça ne se voit pas [...] Et c'est même une fonction qui est assez ignorée de beaucoup de professionnels de santé libéraux. Il y a ceux qui ne voient même pas à quoi ça pourrait servir. Puis d'autres qui voient très bien au contraire qu'ils disent "Mais on n'a pas de temps de faire ci, on n'a pas de temps pour faire ça. Mais ça s'appelle de la coordination."* » (ARS3). **Le coordinateur travaille dans un environnement politique et institutionnel qu'il doit saisir** : « *Les coordos ne sont pas toute seuls, ils sont dans un contexte environnemental, institutionnel qu'il faut connaître* ». (ARS 3). **Il organise, gère, réglemente, rassure et permet à la nouvelle génération de médecins qui souhaiterait travailler en MSP de trouver un cadre plus structuré** : « *Je pense que la nouvelle génération de médecins, ne veulent plus travailler toute seule. Ils ont cherché à se mettre dans des cabinets ou des MSP afin de travailler de manière coordonner. Ils ont vraiment besoin de coordinatrice pour faire de la réglementation et organiser. [...] Je pense qu'elle arrive dans un contexte difficile mais qui une fois qu'elle sera bien implantée, sera indispensable. Et d'exercer plus sereinement parce qu'ils ont au moins un cadre bien établi, bien défini et qu'ils n'auront peut-être pas la peur de se dire "comment va se passer mon activité ? " » (ARS4). **Le coordinateur crée une cohésion et une dynamique d'équipe** : « *On a l'impression que ce n'est pas une équipe, c'était une juxtaposition de cabinets et où la coordinatrice a été embauché l'année dernière, et je suis retournée dans la structure, mais j'ai même l'impression qu'il y avait eu un miracle. La coordinatrice est vraiment arrivée à recréer une cohésion d'équipe qu'il n'y avait plus parce que le leader n'avait pas su trouver les mots, où il y avait eu quelques petits soucis d'entente dans la structure.* » (ARS5). **Mais son rôle n'est pas toujours compris par les professionnels de la MSP** : « *Je ne suis pas certaine que les professionnels de santé en MSP aient encore bien conscience du rôle du coordinateur. Nous avons été surpris lors de la réunion d'information que nous avons organisée en janvier de constater que le rôle du coordinateur n'était pas clair pour beaucoup des personnes présentes. La formation à mon sens est indispensable.* » (ARS6).*

Conclusion

L'Observatoire de la Qualité des Formations de l'EHESP a procédé à une évaluation de la formation Diplôme d'Etablissement Animateur de regroupements pluriprofessionnels de soins primaires du premier séminaire en Mars 2016 avec un taux de participation de 76 % (64 répondants / 84 participants). Les résultats montrent que les coordinateurs sont « plutôt satisfaits à 63 % » et « satisfait à 60 % » dans l'utilité de la formation sur le terrain, c'est-à-dire sa mise en œuvre et le travail équipe et sont considérés comme « très bons d'autant qu'il s'agit d'un projet pilote, novateur, tant sur le fond que sur la forme » selon le responsable pédagogique de la formation.

Mon travail d'observation et d'analyse du dispositif qui relève d'une recherche procède à une lecture plus distanciée de cette évaluation.

Les coordinateurs sont heureux des échanges de pratiques et de la bonne ambiance, de la cohésion et la dynamique d'équipe. Après lorsqu'on rentre dans le détail de la deuxième partie, on perçoit une **insatisfaction** assez courante en formation continue et qui liée au sentiment **d'un décalage entre les besoins et la réalité du terrain et les réponses apportées par la formation** ; ils sont **en attente d'acquisition de méthodologies et de compétences qui n'est pas vraiment satisfaite à ce stade de la formation**. L'appropriation des notions et des outils paraît difficile à certains sans doute par **manque de support écrit et d'organisation du séminaire par le fil rouge**. L'insatisfaction ne concerne pas nécessairement la formation en elle-même. Elle peut être l'expression d'**une identité floue**, à quoi s'ajoute un aspect déjà souligné : **une hétérogénéité de groupe qui paraît handicapante**. Cependant **la confiance envers les animateurs est présente, et le groupe à une bonne image de lui-même**.

Au terme de la première étape (qui correspond à la durée de ce stage), on peut dire que l'analyse proposée est celle d'un processus de formation en cours. Au moment de clore ce travail, je propose ces quelques réflexions. L'hétérogénéité des groupes peut représenter une difficulté et nécessite une vigilance. Des coordinateurs souhaitent un apport technique quand d'autres sont dans une recherche d'autodéfinition de la fonction. De plus, les formateurs relais sont engagés avec des modes d'appropriations de la formation qui ont leurs singularités. Il faut veiller à ce que le dispositif garde la cohérence d'ensemble en ayant ses disparités régionales. Il est également attendu de la part des apprenants une valorisation, un diplôme. Mais les formateurs se vivent en animateur dans une logique de

pratiques. Cela interroge : n'y a-t-il pas à terme une ambivalence dans un diplôme qui serait celui d'une logique de pratique ?

Bibliographie

Article - ouvrage :

Afrite A Mousquès J, « Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premier recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », *Questions d'économie de la Santé*, vol n°201, 2014, 8 p.

Beaucourt, C *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/n°4), 2014, p. 61-79

Bras, P-L, « Les français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », *Les tribunes de la santé*, vol n°50, p. 67-91.

Coutant, D et Tuffreau, F, *La médecine générale, une spécialité d'avenir. Des premières conventions médicales aux maisons de santé*. Edition Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2016, 161 p.

De Haas, P, *Monter et faire vivre une maison de santé*. Le Coudrier, 2010, 173 p.

Fournier, C, « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, vol. n°32, 2014, p. 67-95.

Jeannot, G, *Les métiers flous. Travail et action publique*. Editions Octarès, 2005, 166 p.

Mousquès, J, Daniel, F, « 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*, vol n°210, 2015, 6 p.

Mousquès, J, Daniel, F, « L'impact de l'exercice 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*, vol n°211, 2015, 5 p.

Schweyer, F-X, « L'efficacité collective dans le travail » in Paugam S. (ed) *L'intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF, 2014, p. 261-278.

Schweyer, F-X, « Le territoire, un espace de réforme pour les soins de premier recours ? », in M. Calvez (dir.), *Santé et territoire*, Rennes, PUR, 2016, p.45-57.

Schweyer, F-X, « L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé », in Bloy G., Schweyer F.-X., *Singuliers généralistes*. Rennes, Editions Presses de l'EHESP, 2010, p. 283-302.

Verpeaux, M, « Des lois Defferre à ta loi NOTRe, les grandes étapes de la décentralisation » *Cahiers français*, La documentation française, N°391, 2016, p. 2-7.

Rapport :

ARS Bourgogne, *L'exercice coordonné en Bourgogne Soins ambulatoires de 1er recours. Équipe Libérale de Proximité. Maison de Santé Pluri professionnelle. Centre de Santé Polyvalent. Pôle de Santé de Territoire : Groupement de professionnels de Santé ou Réseau de Santé. Référentiel*, 2014, 122 p.

ARS, *Parcours de soins, Parcours de santé, Parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z*, 2016, 90p.

Fournier, C et al., *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 (ENMR)*, Irdes, n° 557, 2014a, 72 p.

Mousquès, J. 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*, n° 559, Irdes, 2014b, 154 p.

Commission des affaires sociales, *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?*. Sénat, n°14, 2007, 86 p.

DGOS, *Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier*, 2010, 10 p.

DREES, *Les dépenses de santé en 2014. Résultat des comptes de la santé*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015, 273 p.

HAS, DGOS, *Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique tome 2. Elaboration d'un protocole de coopération. Article 51 de la loi HPST*. 2010, 55 p.

HAS, *Matrices de maturité en soins primaires. Note de synthèse*, 2012, 48 p.

HAS, *Matrice de maturité en soins primaires. Référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires*, 2014, 42 p.

Loubère L. et Ratinaud P, *Documentation IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1*, 2014, 37 p.

Ministère de la santé et des sports, *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, 2010, 52 p.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *Pacte Territoire Santé. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. Dossier de presse 10 Février 2014*, 2014, 28 p.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, *S. Pacte Territoire Santé². Dossier de presse 26 novembre 2015*, 2015, 28 p.

Texte officiel :

Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité – Ministère Des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes – Journal Officiel de la République Française - 27 février 2015 – texte 34 sur 142.

Instruction du 23 mars 2012. 4 F-2-12. Direction générale des finances publiques. 11p.

Instruction du 28 mars 2012 n° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135. Direction générale de l'offre de soins. 12p.

Lien internet :

ARS, <http://www.ars.sante.fr/Portail-d-accompagnement-aux-p.116678.0.html>, consulté le 29/05/2016.

ARS Bretagne, <http://www.ars.bretagne.sante.fr>, consulté le 13/05/2016.

ARS Bretagne, <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Comite-de-selection-des-maison.121450.0.html>, consulté le 13/05/2016.

Facilimed, <http://facilimed.fr/>, consulté le 02/05/2016.

Femasif, <http://femasif.fr/les-facilitateurs-trices/>, consulté le 15/06/2016.

FFMPS, <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-qu'une-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>, consulté le 11/05/2016.

Gouvernement, <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>, consulté le 17/06/2016.

Iramuteq, http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf, consulté le 07/06/2016.

Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2007/12/19/BCFX0766311L/jo#JORFARTI000017726764>, consulté le 11/05/2016.

Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>, consulté le 11/06/2016.

Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>, consulté le 10/05/2016.

Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 10/05/2016.

Légifrance, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/1/16/2015-29/jo/texte>, consulté le 09/06/2016.

OMS, http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/, consulté le 10/05/2016.

Glossaire

Agence Régionale de Santé est créée par la loi HPST et mise en œuvre le 1^{er} avril 2010. Elle assure à un niveau régional le pilotage de la politique de santé publique en région et la régulation de l'offre de santé visant à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Cette deuxième mission porte sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier. Elle comporte une dimension territoriale, pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire et une dimension économique pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé. Source : Loi 2009 relative à l'Hôpital Patient Santé Territoire.

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé : « Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé [...] et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé [...], des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, [...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ». Les objectifs du CPTS sont d'améliorer la prise en charge des patients et la visibilité des parcours de santé, de réaliser des objectifs du projet régional de santé. Ils formalisent un projet de santé sur un territoire d'action précis qui est ensuite transmis à l'ARS. Source : article L. 1434-12 du CSP.

Coopération professionnelle : Selon l'article 51 de la loi HPST, l'enjeu de la coopération entre les professionnels de santé est de garantir aux patients un accès aux soins de qualité sur tout le territoire national. Pour cela, la prise en charge repose sur de la coordination performante entre tous pour améliorer le parcours de soins ; l'évolution « de l'exercice professionnel et l'extension des champs d'intervention de professions paramédicales » et le recentrage des professions médicales sur des missions d'expertise. Source : HAS, DGOS, 2010.

Equipes de soins primaires : « une équipe de soins primaires se définit comme un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. ». Source : article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé défini par l'article L. 1411-11-1 du CSP.

Facilimed est la « première société coopérative de services dédiée aux équipes pluri professionnelles de soins primaires en France ». Elle a été créée en fin d'année 2014 par des professionnels de santé de la FFMPs « ayant décidé de rester maître de leurs décisions quant aux moyens à développer » pour répondre « aux enjeux du territoire, des patients, et des professionnels de santé ». A ce jour, une équipe de 20 collaborateurs Facilimed travaillent pour 80 équipes de soins primaires. Afin qu'une équipe bénéficie des services et des offres proposées par Facilimed, elle doit souscrire au capital de Facilimed et être organisée en SISA ou porteuse d'un projet de santé. Une des missions de Facilimed est de proposer une offre « coordinateur clé en main » qui comprend la réalisation d'un diagnostic pour la mise en place d'un futur coordinateur de santé adapté, formé et employé par Facilimed qui répond aux besoins de la structure de soins primaires. Source : <http://facilimed.fr/> consultée le 02/05/2016.

Facilitateur : les facilitateurs sont des professionnels de santé en exercice dans une maison ou un pôle de santé ayant une bonne connaissance du terrain professionnel des maisons ou pôles de santé. Ils ont été formés à la démarche de facilitation. Ce sont des formations abordant l'identité, la conception et l'organisation d'une maison de santé et dispensées par Pierre De Haas, président de la FFMPs. Ils peuvent apporter une aide à des porteurs de projet ou des professionnels de santé qui envisagent de créer une maison ou un pôle de santé. Source : <http://femasif.fr/les-facilitateurs-trices/> consultée le 15/06/2016.

FINESSE : les Maisons de santé sont enregistrées dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux selon l'instruction n° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans le FINESSE et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé

confié à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

IRaMuTeQ : selon la documentation du logiciel IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1 est une Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, son fonctionnement consiste à préparer les données et écrire des scripts qui sont ensuite analysés dans le logiciel statistique R. Les résultats sont finalement affichés par l'interface».Source :http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_0_2_2014.pdf consultée le 07/06/2016.

Maison médicale « est un lieu d'exercice qui regroupe plusieurs professionnels de santé, du premier ou du second recours dans les mêmes murs. Cette appellation ne présume ni du type de professionnels exerçant, ni du mode de mise en commun d'objectifs et de moyens ». Source : *Monter et faire vivre une maison de santé*. Pierre De Haas, 2010.

Matrice de Maturité : La Matrice de Maturité est structurée autour de quatre axes (travail en équipe pluriprofessionnelle, implication des individus, système d'information et projet de santé et d'accès aux soins). Le référentiel d'auto évaluation de la HAS décline chaque axe en trois à cinq dimensions qui vont contribuer à l'organisation d'une prise en charge de qualité, globale et coordonnée. Ces dimensions sont adaptées au contexte français des soins primaires. A chaque dimension, cinq caractéristiques ont été identifiées et correspondent aux éléments de structuration et de performance selon le référentiel d'analyse et de progression des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires de la HAS. Source : HAS, 2014.

Nouveaux Modes de Rémunération : trois forfaits financent trois modules (la « coordination » qui est de 50 000 € par site en moyenne par année ; les « nouveaux services aux patients » finance l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou les soins coordonnés ; le suivi des cas complexe en équipe de soins de premier recours (ESPREC)). Le troisième module traite de la coopération entre les professionnels et le transfert de compétences selon l'art.51 de la loi HPST et concerne les infirmières de santé publique du dispositif ASALEE. Source : article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale 2008.

Pacte Territoire Santé : Selon les rapports Pacte territoire santé 2014 et 2015, le pacte territoire-santé 1 (2012-2015) a été lancé par la ministre de la santé en décembre 2012 dans la région Poitou-Charentes. Il se décline en 3 axes et 12 engagements dont le point 5 est de

développer le travail en équipe : « favoriser le regroupement des professionnels de santé pour faciliter une prise en charge complète des patients » ; « créer des conditions d'installation attractives notamment dans les territoires manquant de professionnels ». Le bilan du Pacte 1 réalisé en 2013 est le doublement du nombre de maisons de santé soit 370 en 2013 contre 174 en 2012. Le Pacte 2 avec 2 axes et 10 engagements poursuit dans son premier axe de « pérenniser et amplifier les actions menées depuis le pacte territoire santé 1 » avec l'objectif de 1000 MSP en fonctionnement d'ici 2017. Source : <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux> consultée le 17/06/2016.

PASP est le Portail d'Accompagnement aux Professionnels de Santé est une mesure du pacte territoire santé lancé en décembre 2012 et renforcé en novembre 2015 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Son enjeu est d'accompagner sur la durée les professionnels de santé, les informer et faciliter leur installation dans les territoires fragiles afin de répondre aux besoins de santé et de réduire les inégalités d'accès aux soins. Source : <http://www.ars.sante.fr/Portail-d-accompagnement-aux-p.116678.0.html> consultée le 29/05/2016.

Premiers recours : le médecin généraliste de premier recours contribue à l'offre de soins ambulatoire en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé. Les professionnels de premiers recours sont le médecin généraliste, le pharmacien, l'infirmier, le masseur kinésithérapeute, les spécialistes en accès direct (ophtalmologue, gynécologue...). Le premier recours est défini par la législation : article L4130-1 du CSP, créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr> consultée le 10/05/2016.

Réforme territoriale : L'ARS Bourgogne a fusionné avec l'agence de Franche Comté ; l'ARS Rhône Alpes avec celle d'Auvergne et l'ARS Poitou Charente s'est étendue au Limousin et Aquitaine, conséquences liées à la loi NOTRe relative à la nouvelle organisation territoriale de la République et plus précisément à la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/1/16/2015-29/jo/texte> consultée le 09/06/2016.

Soins primaires : la notion des soins primaires est introduite par l'OMS dans sa déclaration d'Alma-Ata en septembre 1978. Les « soins primaires » constituent la part la plus importante des soins ambulatoires : il s'agit des soins directement accessibles aux patients, avec une dimension généraliste et « de proximité ». Ils sont ainsi traditionnellement associés aux médecins généralistes libéraux, exerçant en cabinet de ville, qui sont souvent les premiers contacts avec le système de soins. Source : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ consultée le 10/05/2016.

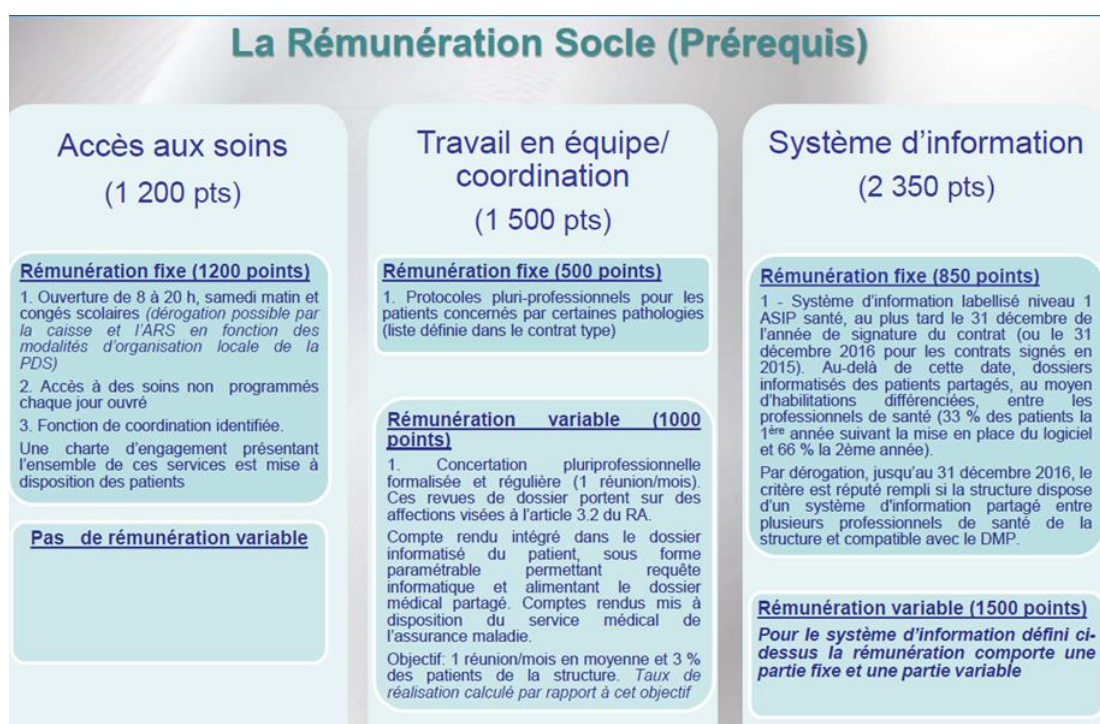
Spécialité Médecine Générale est légiférée par la publication de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixe la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238> consultée le 10/05/2016.

Liste des annexes

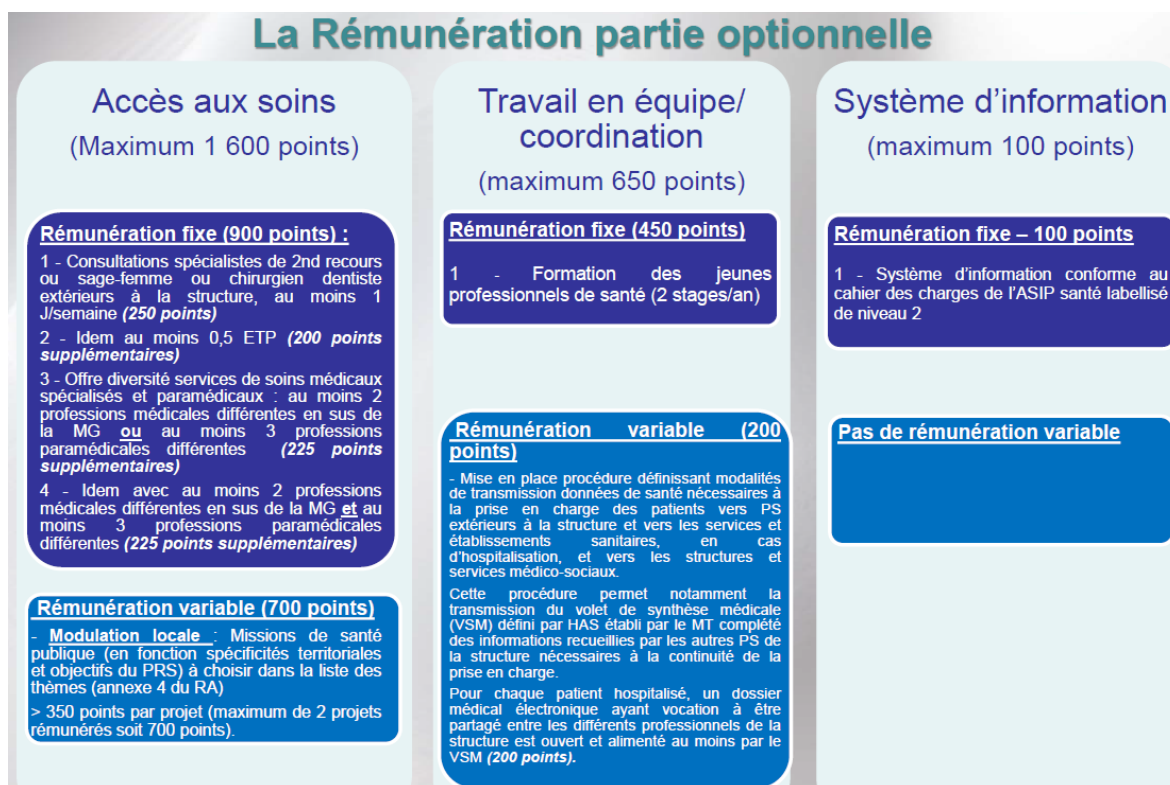
Annexe 0 : Descriptif des points du règlement arbitral.....	I
Annexe 1 : Liste des entretiens.....	IV
Annexe 2 :.....	V
Les connexions au séminaire 1 à PACTE Soins Primaires des coordinateurs : par élève, par région (données brutes).....	V
Les profils des coordinateurs suivant la région, le profil, la profession et le niveau de diplôme.....	XII
Annexe 3 : Analyse du logiciel IRaMuTeQ.....	XV
Représentation graphique sous forme de nuage des attentes des coordinateurs.....	XVI
Résultat de l'analyse de similitude sémantique extrait de la retranscription des sept entretiens des formateurs relais.....	XVII
Représentation graphique sous forme de nuage des entretiens des sept formateurs relais.....	XVIII
Annexe 4 : Observation du séminaire 1 des Pays de Loire.....	XIX
Exemple de questionnaire pour élaborer la fiche de poste.....	XIX
Exemple de questionnaire pour élaborer la charte	XX
Annexe 5 : Portrait des formateurs relais.....	XXII

Annexe 0 : descriptif des points du règlement arbitral.

La valeur du point est fixée à 7 euros. L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 7 400 points sur une patientèle de référence de 4 000 patients. Le niveau « socle » est de 5 050 points divisé en 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable en fonction de la patientèle. Le niveau optionnel est de 2 350 points (1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable en fonction de la patientèle). Le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %. La valeur du point est fixée à 7 €. Ainsi, la somme forfaitaire minimum reçue par la structure pour la rémunération de la coordination peut varier de 35 350 euros à 51 800 euros. Prenons l'exemple de l'accès aux soins qui équivaut à une rémunération fixe de 1 200 points. Il faut une ouverture de la MSP de 8 à 20 h, le samedi matin et congés scolaires ; un accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ; une fonction de coordination identifiée (DGOS, 2015).



Titre : La rémunération Socle du règlement arbitral. Source DGOS Mars 2015



Titre : La rémunération Optionnelle du règlement arbitral. Source DGOS Mars 2015

Annexe 1 : liste des entretiens.

N°1 : Docteur Ménard Didier - Formateur Relais Bourgogne - 14 mars 2016 – durée : 1 heure 12 minutes 10 secondes.

N° 2 : Docteur Bismuth Philippe – Formateur Relais Rhône Alpes - 15 mars 2016 – Durée : 40 minutes.

N° 3 : Docteur Bréchat Laurent – Formateur Relais Centre - 17 mars 2016 – Durée : 27 minutes 37.

N° 4 : Docteur Bègue Cyril – Formateur Relais Pays de Loire - 18 mars 2016 – Durée : 32 minutes 32.

N°5 : Docteur Le Hetet Hubert – Formateur Relais Bretagne – 22 mars 2016 - Durée : 52 min37.

N°6 : Docteur Kamga – Formateur Relais Poitou Charentes - 23 mars 2016 – durée : 31 minutes 21.

N°7 : Docteur Rat Cédric et Docteur Cyril Bègue - Formateurs Relais Pays de Loire – 25 mars 2016 - Durée : 24 minutes 18.

N°8 : Docteur Rat Cédric - Formateur Relais Pays de Loire – 31 mars 2016 - Durée : 54 minutes 13.

N°9 : Caret Adeline – Ancienne responsable adjointe du pôle ambulatoire à l'ARS Poitou Charentes – 08 avril 2016 – durée 32 minutes 37

N°10 : Rousselot Thibault – Chargé de mission Unité ambulatoire et gestion du risque à l'ARS Centre Val de Loire – 14 avril 2016 – durée 37 minutes 20.

N°11 : Chauvet Marine – Directrice adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs à l'ARS Bretagne – 20 avril 2016 – durée 1 heure 8 minutes.

N°12 : Augris Anne Charlotte – Chargée de mission à la direction offre de soins soins primaires à l'ARS Bourgogne Franche Comté - 25 avril 2016 – durée 39 minutes 16.

N°13 : Mathieu Dubois – Directeur Général Facilimed et intervenant Module Vidéo PACTE Soins Primaires EHESP – 03 mai 2016 – durée 43 minutes 33.

N°14 : Grange Angélique – Chargée de mission PASP à l'ARS Rhône Alpes – 09 mai 2016 – durée 47 minutes 15.

N°15 : Rémy Bataillon – Responsable pédagogique de la formation EHESP et direction adjoint de la qualité et de la sécurité des soins HAS – 20 mai 2016 - durée 24 minutes 42.

Annexe 2 :

Les connexions au séminaire 1 des coordinateurs : par élève, par région. Source : PACTE Soins Primaires.

Les tableaux suivants recensent les données brutes des connexions au séminaire 1 des coordinateurs (numéroté) suivant la région.

La grille de lecture des tableaux ci-dessous est la suivante : une connexion équivaut à la validation totale d'une étape d'un module e-Learning. Par exemple, la connexion est comptabilisée et validée si le cours « prenez connaissance de l'histoire d'une patiente diabétique » du module e-Learning n°1 de la séquence n°1 est vu en entier. Un cycle complet du module 1 présentiel nécessite 19 connexions sur cinq séquences : les connexions pré séminaires (modules e-Learning) et les travaux post séminaires. Un cycle pré séminaire 1 est fait de 13 connexions des séquences 1 à 5. S'il est vu, il est coché en couleur rouge. Si il est blanc, il n'est pas comptabilisé (voir légende sous chaque tableau). Une coche noire signifie que le coordinateur ne s'est pas connecté à la plateforme.

Elèves Bretagne (MAJ 24/05/2016)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Séminaire 1																			
Séquence n°1																			
Avant le séminaire																			
Module e-learning n°1																			
1. Prenez connaissance de l'histoire d'une patiente...																			
2. Décrivez comment votre équipe s'organiserait...																			
3. Consultez les ressources sur le modèle de gestion...																			
4. Renseignez la Matrice de Maturité pour votre équipe...																			
Module e-learning n°2																			
1. Décrivez vos tâches et votre positionnement...																			
2. Consultez, en fonction de vos besoins																			
Après le séminaire																			
1. Renseignez avec votre équipe la Matrice de Maturité...																			
2. Précisez, toujours avec votre équipe, vos tâches...																			
4. Déposez votre fiche de poste dans votre portefeuille...																			
Séquence n°2																			
Avant le séminaire																			
Module e-learning n°3																			
1. Consultez les ressources sur les 3 dimensions...																			
2. Décrivez comment le projet de votre équipe...																			
3. Consultez les ressources sur ces différents enjeux																			
5. Consultez les ressources sur l'organisation...																			
Après le séminaire																			
2. Déposez votre charte dans votre portfolio																			
Séquence n°3																			
1. Consultez cette fiche méthodologique																			
2. Déposez votre identité dans votre portfolio																			
Séquence n°4																			
Avant le séminaire																			
Module e-learning n°4																			
2. Consultez les ressources sur l'élaboration...																			
Après le séminaire																			
2. Déposez votre budget dans votre portfolio																			
Séquence n°5																			
Après le séminaire																			
Module e-learning n°5																			
Visionnez les vidéos sur les exigences réglementaires...																			
Dernière connexion	23mai	25mars	22févr	18mars	17mai	23mai	22mai	25avr	27avr	10mai	23mars	28avr	28avr	22mai	23mai	13mars	24mars	24mai	17mars
	Jamais connecté à la plate-forme																		

Frédérique CAROFF KARSON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Elèves Centre (MAJ 25/05/2016)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Séminaire 1														
Séquence n°1														
Avant le séminaire														
Module e-learning n°1														
1. Prenez connaissance de l'histoire d'une patiente...														
2. Décrivez comment votre équipe s'organiserait...														
3. Consultez les ressources sur le modèle de gestion...														
4. Renseignez la Matrice de Maturité pour votre équipe...														
Module e-learning n°2														
1. Décrivez vos tâches et votre positionnement...														
2. Consultez, en fonction de vos besoins														
Après le séminaire														
1. Renseignez avec votre équipe la Matrice de Maturité...														
2. Précisez, toujours avec votre équipe, vos tâches...														
4. Déposez votre fiche de poste dans votre portfolio...														
Séquence n°2														
Avant le séminaire														
Module e-learning n°3														
1. Consultez les ressources sur les 3 dimensions...														
2. Décrivez comment le projet de votre équipe...														
3. Consultez les ressources sur ces différents enjeux														
5. Consultez les ressources sur l'organisation...														
Après le séminaire														
2. Déposez votre charte dans votre portfolio														
Séquence n°3														
1. Consultez cette fiche méthodologique														
2. Déposez votre identité dans votre portfolio														
Séquence n°4														
Avant le séminaire														
Module e-learning n°4														
2. Consultez les ressources sur l'élaboration...														
Après le séminaire														
2. Déposez votre budget dans votre portfolio														
Séquence n°5														
Après le séminaire														
Module e-learning n°5														
Visionnez les vidéos sur les exigences réglementaires...														
Dernière connexion Séminaire 1	31mars	03mai	19mars	26avril	23mai	28avril	05mai	21mai	21mai	23mai	20mai	24mai	03mai	12mai

Jamais connecté à la plate-forme

Visualisé la ressource

1

Elèves Rhône Alpes (MAJ 24/05)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Séminaire 1																				
Séquence n°1																				
Avant le séminaire																				
Module e-learning n°1																				
1. Prenez connaissance de l'histoire d'une patiente...																				
2. Décrivez comment votre équipe s'organiserait...																				
3. Consultez les ressources sur le modèle de gestion...																				
4. Renseignez la Matrice de Maturité pour votre équipe...																				
Module e-learning n°2																				
1. Décrivez vos tâches et votre positionnement...																				
2. Consultez, en fonction de vos besoins																				
Après le séminaire																				
1. Renseignez avec votre équipe la Matrice de Maturité...																				
2. Précisez, toujours avec votre équipe, vos tâches...																				
4. Déposez votre fiche de poste dans votre portefeuille...																				
Séquence n°2																				
Avant le séminaire																				
Module e-learning n°3																				
1. Consultez les ressources sur les 3 dimensions...																				
2. Décrivez comment le projet de votre équipe...																				
3. Consultez les ressources sur ces différents enjeux																				
5. Consultez les ressources sur l'organisation...																				
Après le séminaire																				
2. Déposez votre charte dans votre portfolio																				
Séquence n°3																				
1. Consultez cette fiche méthodologique																				
2. Déposez votre identité dans votre portfolio																				
Séquence n°4																				
Avant le séminaire																				
Module e-learning n°4																				
2. Consultez les ressources sur l'élaboration...																				
Après le séminaire																				
2. Déposez votre budget dans votre portfolio																				
Séquence n°5																				
Après le séminaire																				
Module e-learning n°5																				
Visionnez les vidéos sur les exigences réglementaires...																				
Dernière connexion Séminaire 1	22 mars	20 mai	04 avr	23 mai	27 avr	08 mai	20 mai	06 mai	09 mai	08 avr	08 avr	08 avr	21 mai	22 mai	06 mai	19 mai	12 mai	06 avr	20 mai	07 mai

Jamais connecté à la plate-forme

Visualisé la ressource

Elèves Pays de Loire (MAJ 25/05)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Séminaire 1															
Séquence n°1															
Avant le séminaire															
Module e-learning n°1															
1. Prenez connaissance de l'histoire d'une patiente...															
2. Décrivez comment votre équipe s'organiserait...															
3. Consultez les ressources sur le modèle de gestion...															
4. Renseignez la Matrice de Maturité pour votre équipe...															
Module e-learning n°2															
1. Décrivez vos tâches et votre positionnement...															
2. Consultez, en fonction de vos besoins															
Après le séminaire															
1. Renseignez avec votre équipe la Matrice de Maturité...															
2. Précisez, toujours avec votre équipe, vos tâches...															
4. Déposez votre fiche de poste dans votre portefeuille...															
Séquence n°2															
Avant le séminaire															
Module e-learning n°3															
1. Consultez les ressources sur les 3 dimensions...															
2. Décrivez comment le projet de votre équipe...															
3. Consultez les ressources sur ces différents enjeux															
5. Consultez les ressources sur l'organisation...															
Après le séminaire															
2. Déposez votre charte dans votre portfolio															
Séquence n°3															
1. Consultez cette fiche méthodologique															
2. Déposez votre identité dans votre portfolio															
Séquence n°4															
Avant le séminaire															
Module e-learning n°4															
2. Consultez les ressources sur l'élaboration...															
Après le séminaire															
2. Déposez votre budget dans votre portfolio															
Séquence n°5															
Après le séminaire															
Module e-learning n°5															
Visionnez les vidéos sur les exigences réglementaires...															
Dernière connexion Séminaire 1	24mai	17mai	25mars	30mars	26mars	22mai	24mars	20mai	23mai	17mai	23mars	23mars	23mai	02mai	24mai
Séminaire 2															
1. Renseigner un autodiagnostic sur votre équipe															
2. Déposer votre autodiagnostic															
1. Renseigner votre journal de bord															
Dernière connexion Séminaire 2	24mai			23mai		22mai		20mai	23mai						24mai



Jamais connecté à la plate-forme



Visualisé la ressource

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Elèves Bourgogne (Module 1 en cours)																				
Séminaire 1																				
Séquence 1																				
Avant le séminaire																				
Module e-learning n°1																				
1. Prenez connaissance de l'histoire d'une patiente...																				
2. Décrivez comment votre équipe s'organiserait...																				
3. Consultez les ressources sur le modèle de gestion...																				
4. Renseignez la Matrice de Maturité pour votre équipe...																				
Module e-learning n°2																				
1. Décrivez vos tâches et votre positionnement...																				
2. Consultez, en fonction de vos besoins																				
Après le séminaire																				
1. Renseignez avec votre équipe la Matrice de Maturité...																				
2. Précisez, toujours avec votre équipe, vos tâches...																				
4. Déposez votre fiche de poste dans votre portfolio...																				
Séquence n°2																				
Avant le séminaire																				
Module e-learning n°3																				
1. Consultez les ressources sur les 3 dimensions...																				
2. Décrivez comment le projet de votre équipe...																				
3. Consultez les ressources sur ces différents enjeux																				
5. Consultez les ressources sur l'organisation...																				
Après le séminaire																				
2. Déposez votre charte dans votre portfolio																				
Séquence n°3																				
1. Consultez cette fiche méthodologique																				
2. Déposez votre identité dans votre portfolio																				
Séquence n°4																				
Avant le séminaire																				
Module e-learning n°4																				
2. Consultez les ressources sur l'élaboration...																				
Après le séminaire																				
2. Déposez votre budget dans votre portfolio																				
Séquence n°5																				
Après le séminaire																				
Module e-learning n°5																				
Visionnez les vidéos sur les exigences réglementaires...																				



Jamais connecté à la plate-forme



Visualisé la ressource

Les profils des coordinateurs suivant la région, le profil, la profession et le niveau de diplôme.

CA : coordinateur administratif ; CS : coordinateur soignant ; C : coordinateur ; NC : non communiqué.

Région	profil	profession	Diplôme
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	CS	médecin	médecin
Bretagne	CS	infirmier	paramédical
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	CS	podologue	paramédical
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	CS	infirmier	paramédical
Bretagne	C	coordinateur	master 2
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	CS	diététicien	paramédical
Bretagne	C	coordinateur	master 2
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Bretagne	C	coordinateur	master 2
Bretagne	C	coordinateur	master 2
Bretagne	CS	diététicien	paramédical
Bretagne	CS	infirmier	paramédical
Bretagne	CA	secrétaire	BEP
Centre	C	coordinateur	master 2
Centre	C	coordinateur	NC
Centre	CA	secrétaire	BEP
Centre	CA	secrétaire	BEP
Centre	C	coordinateur	master 2
Centre	C	coordinateur	NC
Centre	CS	infirmier	paramédical
Centre	CA	commercial	NC
Centre	CS	Sage-femme	paramédical
Centre	C	coordinateur	master 2
Centre	CA	secrétaire	BEP
Centre	CS	diététicien	paramédical
Centre	C	juriste	master 2
Centre	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	NC	NC
Poitou Charente	CS	podologue	paramédical
Poitou Charente	C	coordinateur	licence
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical

Frédérique CAROFF KARSON -

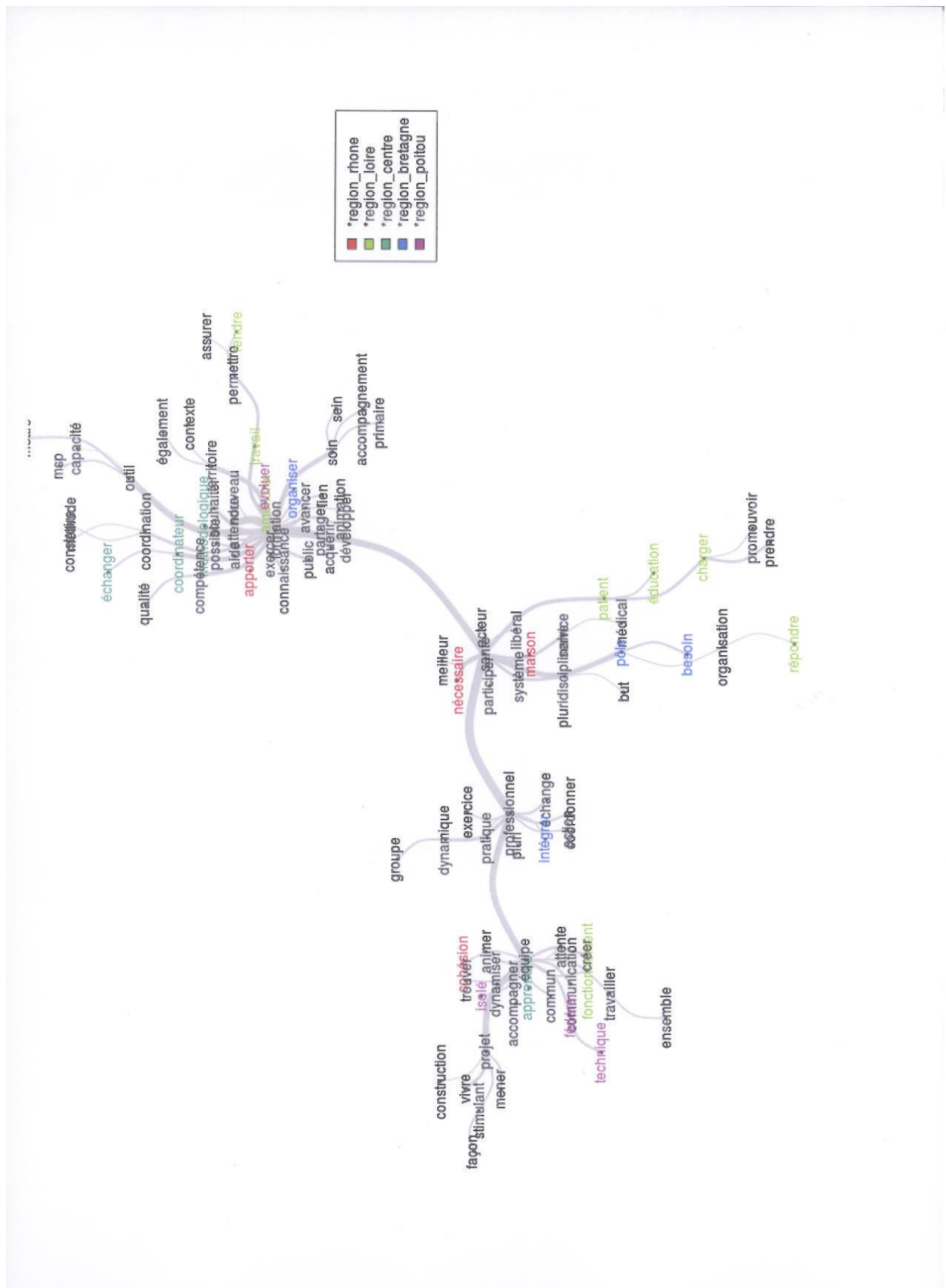
Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	C	NC	NC
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	médecin	médecin
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	infirmier	paramédical
Poitou Charente	CS	médecin	médecin
Poitou Charente	CS	pharmacien	pharmacien
Poitou Charente	CS	médecin	médecin
Poitou Charente	CS	médecin	médecin
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Rhône Alpes	CS	kinésithérapeute	paramédical
Rhône Alpes	CS	pharmacien	pharmacien
Rhône Alpes	CA	assistante de direction	BTS
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Rhône Alpes	C	NC	NC
Rhône Alpes	C	coordinateur Facilimed	master 2
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Rhône Alpes	CA	secrétaire	BEP
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Rhône Alpes	C	coordinateur Facilimed	master 2
Rhône Alpes	CS	kinésithérapeute	paramédical
Rhône Alpes	CS	pharmacien	pharmacien
Rhône Alpes	C	coordinateur Facilimed	master 2
Rhône Alpes	C	coordinateur Facilimed	master 2
Rhône Alpes	C	NC	NC
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Rhône Alpes	CS	diététicien	paramédical
Rhône Alpes	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	diététicien	paramédical
Pays de Loire	CS	diététicien	paramédical
Pays de Loire	CS	diététicien	master 2
Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	médecin	médecin
Pays de Loire	CS	diététicien	master 2
Pays de Loire	CS	diététicien	paramédical
Pays de Loire	CS	podologue	paramédical
Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	podologue	paramédical

Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Pays de Loire	CS	infirmier	paramédical
Bourgogne	CA	secrétaire	BEP
Bourgogne	CS	infirmier	paramédical
Bourgogne	CA	secrétaire	Bac
Bourgogne	C	coordinateur	master 2
Bourgogne	CA	secrétaire	Bac
Bourgogne	C	coordinateur	master 2
Bourgogne	C	coordinateur	master 2
Bourgogne	C	coordinateur	master 2
Bourgogne	CA	secrétaire	Bac
Bourgogne	CA	secrétaire	BEP
Bourgogne	C	coordinateur	master 2
Bourgogne	CA	secrétaire	BEP
Bourgogne	CS	infirmier	paramédical
Bourgogne	C	coordinateur	master 1
Bourgogne	CA	secrétaire	Bac
Bourgogne	CA	secrétaire	BEP
Bourgogne	CA	secrétaire	Bac
Bourgogne	C	coordinateur	Doctorat
Bourgogne	CA	secrétaire	BTS
Bourgogne	C	coordinateur	Doctorat

Annexe 3 : Analyse du logiciel IRaMuTeQ.

Titre : Représentation graphique sous forme de nuage des attentes des coordinateurs
(logiciel IRaMuTeQ).



Frédérique CAROFF KARSON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Titre : Résultat de l'analyse de similitude sémantique extrait de la retranscription des sept entretiens des formateurs relais (logiciel IRaMuTeQ).

Feuille1

aller	258 ver
santé	152 nom
penser	134 ver
maison	115 nom
formation	113 nom
voir	105 ver
chose	93 nom
coordinateur	81 nom
mettre	70 ver
gens	62 nom
leader	61 nom
médecin	59 nom
groupe	54 nom
équipe	51 nom
prendre	50 ver
temps	48 nom
fédération	48 nom
venir	46 ver
professionnel	44 adj
travailler	43 ver
travail	42 nom
petit	42 adj
moment	38 nom
fois	38 nom
soin	36 nom
ars	36 nom
expertise	35 nom
coup	35 nom
projet	34 nom
permettre	34 ver
mail	34 nom
envoyer	34 ver
arriver	34 ver
truc	33 nom
passer	33 ver
territoire	32 nom
région	32 nom
trouver	31 ver
parler	31 ver
besoin	31 nom
métier	30 nom
essayer	30 ver
cas	29 nom

Titre : Représentation graphique sous forme de nuage des entretiens des sept formateurs
relais (logiciel IRaMuTeQ).



Frédérique CAROFF KARSON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Annexe 4 : Observation du séminaire 1 des Pays de Loire.

Exemple de questionnaire pour élaborer la fiche de poste

- a. Activités du poste :
 - Quelles sont les activités réalisées quotidiennement ?
 - Quelles sont les activités réalisées une ou plusieurs fois par semaine ?
 - Quelles sont les activités réalisées une ou plusieurs fois par an ?
 - Quelles fonctions annexes à l'activité traditionnelle sont exercées ?
- b. Positionnement hiérarchique
 - Qui est le (ou les) supérieur(s) hiérarchique(s) direct du coordonnateur :
 - Encadre-il des professionnels au cours de ses activités ?
- c. Relations fonctionnelles
 - Pour chacune de ses principales activités, préciser avec qui le coordonnateur est en contact au sein de l'équipe et quels est son rôle ? Donner les consignes, participer à la tâche, contrôler le travail effectué
- d. Conditions particulières et contraintes d'exercice du poste
 - Quelles sont les contraintes (horaires/contraintes physiques/logement/astreinte) / besoins matériels (téléphone portable....) que le coordonnateur rencontre dans l'exercice de ses fonctions?
 - Le coordonnateur dispose-t-il des clés, a-t-il connaissance de codes et mots de passe ?...
 - Le coordonnateur doit-il être joignable tout le temps ? Doit-il fournir ses coordonnées personnelles ?...
 - Le coordonnateur a-t-il une délégation de signature ? A-t-il une délégation pour engager des dépenses ?...
 - Le coordonnateur est-il amené à ouvrir du courrier ?...

Exemple de questionnaire pour élaborer la charte

Raison d'être :

- Quelle est le sens de notre contribution ? Qu'apportons-nous au monde ? Que se passerait-il si le regroupement n'existait pas ?

Ambition :

- Qu'est-ce qui nous intéresse le plus dans nos travaux ? Qu'est-ce qui a le plus de sens à nos yeux ? Que faisons-nous avec le plus de plaisir ?
- Quelles améliorations concrètes aimerions-nous apporter à nos manières de travailler ?
- En quoi répondons-nous aux principaux enjeux auxquels le système de santé est confronté ?
- Que souhaitons-nous, ensemble, réaliser à moyen terme ? En quoi serons-nous fiers dans 3 à 5 ans de nous-mêmes et de nos réalisations ? Comment saurons-nous que nous avons réussi ? Quels sont les changements d'attitude, de comportements et de process que nous devons adopter pour cela ?
- Dans 5 ans, vous avez magnifiquement réussie, à quoi ressemble votre organisation ?
 - o Comment créons-nous de la valeur pour les patients / la population ?
 - o A quoi ressemble notre équipe ?
 - o En quoi est-elle un lieu où il fait bon travailler ?
 - o Comment ses membres se traitent-ils ? Comment sont-ils reconnus ?

Valeurs :

Dans un premier temps : Lister des idées : Cf exemples de valeurs

Dans notre travail au sein de ce regroupement :

- Qu'est-ce qui est important pour nous ? Que recherchons-nous ? Qu'aimons-nous ? Qu'est ce qui nous motive ?
- A contrario, qu'est ce qui nous dérange ? Qu'évitons-nous ? Que n'aimons-nous pas ? Qu'est-ce ne nous démobilise ?

Dans un deuxième temps : regrouper ces idées par « familles » de valeurs.

Il s'agit de rassembler les éléments que nous aimons, recherchons, qui sont importants pour nous AVEC ceux que nous n'aimons pas, évitons, qui nous dérangent ET qui correspondent à une même valeur. Autrement dit, c'est regrouper sous un même nom ce qui correspond à une paire valeur/antivaleur.

Eventuellement, dans un troisième temps : Contraster les valeurs deux à deux

« Quelle est la plus importante entre les deux premières valeurs de notre liste ? » Nous lui donnons 1 point. Nous chercherons ensuite quelle est la plus importante entre la 1ère et la 3ème, puis la 1ère et la 4ème, etc., en donnant chaque fois 1 point à la valeur jugée la plus importante.

Prenons ensuite la 2ème valeur que vous comparerez successivement à la 3ème, à la 4ème, etc.

Lorsque nous aurons comparé toutes les valeurs, il nous restera à compter les points. Bien entendu, c'est la valeur qui recueille le plus de points qui sera notre valeur principale.

VOS VALEURS				
Humilité	Créer	Liberté	Faire avancer les choses	Confiance
Avoir de l'argent	Découvrir	Loyauté	Avoir une famille	Equité
Avoir le choix	Désintéressement	Maîtriser	Conscience écologique	Equilibre
Amitié	Apprendre	Originalité	Contribuer à	Evoluer
Apporter aux autres	Echange	Ouverture	Construire	Productivité
Diversité	Efficacité	Partage	Leadership	Honneur
Authenticité	Engagement	Participer à	Innover	Humour
Elégance	Enrichir	Plaisir	Intimité	Indépendance
Esthétique	Etre autonome	Progresser	Intégrité	Santé
Bâtir	Etre reconnu	Rendre service	Justice	Sécurité
Bien-être	Diriger les autres	Respect de soi	Succès	Sincérité
Bonheur	Générosité	Respect mutuel	Transmettre	Se faire plaisir
Changement	Qualités relationnelles	Réussir	Travailler en équipe	Le travail bien fait
Tolérance	Créativité	Harmonie	... compléter si nécessaire...	
...	...	...	...	...
Cette liste de valeurs est non exhaustive. Elle peut être complétée par vos propres valeurs.				

Annexe 4 : Portraits des formateurs relais.

Le formateur relais R est un médecin généraliste de 66 ans ayant exercé la médecine générale pendant 35 ans dans un espace associatif et communautaire dans un quartier populaire d'une grande ville. Il est en retraite depuis 1 an. Dans les années 80, R et un collègue médecin généraliste ont projeté la création d'une structure d'exercice regroupé basé sur le modèle des Unités Sanitaire de Base ; modèle porté en France par le Syndicat de Médecine Générale (SMG), dont l'unique expérience a eu lieu à Saint Nazaire. Ce type de projet n'a pu aboutir en France car il a rencontré à l'époque une forte opposition de la profession. A la suite de sa participation à un diagnostic santé-territoire qui faisait état de problématique de santé et non d'offre de soins sur son quartier, il a créé en 1992 et préside depuis une association qui a évolué ces dernières années en Centre de Santé avec l'embauche de médecins salariés pour faire face aux nombreux départs en retraite des professionnels de santé sans successeurs. Il est également investi dans la fédération régionale des maisons de santé pluri professionnelles en tant que fondateur, qu'ancien président et membre du conseil d'administration. Il a créé et présidé un des premiers réseaux de santé en France.

Le formateur relais E est un médecin généraliste de 56 ans qui après un exercice solitaire de 23 ans a monté en tant que leader la première maison de santé de son département qui fut inaugurée par Madame Marisol Touraine, ministre de la santé. La MSP a embauché une coordinatrice depuis 10 mois qui suit la formation EHESP. Il est facilitateur et membre au sein de la Fédération Régionale des MSP. Dans ce rôle, il a aidé une dizaine de maisons à se monter avec pour bagages les formations de Pierre De Haas, président de la Fédération Nationale des MSP. Ces formations abordent l'identité, la conception et l'organisation d'une maison de santé.

Deux médecins généralistes, S et D, après une expérience d'urgentiste ont choisi de créer leurs MSP. Le formateur relais S est un médecin généraliste qui après deux ans d'expérience dans un service d'urgences, et sept ans en cabinet de médecine générale a ouvert en tant que leader deux MSP à six années d'intervalle (2004 et 2010). Son choix de créer des MSP est lié à un intérêt certain pour le concept de la MSP et une première approche positive du travail pluri professionnel avec des paramédicaux. Il a été vice-président de la fédération régionale des MSP et est facilitateur sur son département. Actuellement, il a choisi de prendre une position de recul vis-à-vis de la fédération en raison de désaccord idéologique et de sa surcharge de travail.

Frédérique CAROFF KARSON -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Le formateur relais D est un médecin généraliste qui après une expérience de 3 en tant qu'urgentiste, s'est installé dans une maison médicale. Après avoir porté un réseau gérontologie sur la thématique « coopération avec les autres professionnels de santé du canton », cette expérience l'a amenée vers un projet de santé territoire. De la maison médicale est née une MSP, puis la création d'une deuxième. Ces deux sites sont regroupés en pôle de santé depuis 4 à 5 ans. Il est co-leader du pôle de santé et adhérent de la fédération régionale des MSP en tant que tiers facilitateur et membre du bureau.

Deux médecins généralistes (J et B) travaillent à mi-temps en MSP et au Département de Médecine Générale (DMG) de l'université de médecine Z (enseignants chercheurs).

Le formateur relais J est un médecin généraliste de 31 ans diplômé depuis un an et demi. Il travaille à mi-temps dans la recherche au DMG à l'université et dans une MSP dont il est co-leader depuis avril 2015. Intéressé par ce mode d'exercice groupé, il s'est lancé dans un projet MSP pendant son internat. Il se sent conforté d'être dans une équipe et est persuadé d'assurer des soins de meilleure qualité. Les NMR et la formation ont décidé les membres de la MSP à embaucher une coordinatrice qui suit la formation. Sa MSP a adhéré récemment à la fédération régionale des MSP. **Le formateur relais B** est un médecin généraliste installé en MSP depuis une dizaine d'années. Il a une activité d'enseignement, de recherche dans le même DMG. Il accueille des stagiaires au sein de sa Maison de santé. Sa maison de santé est adhérente de la fédération régionale des MSP.

Le formateur relais I est un médecin spécialiste anesthésiste exerçant en clinique. Il est membre élu de l'URPS. Il travaille sur la thématique de la coordination depuis 10 ans et expérimente sur l'hôpital de demain.

Le responsable pédagogique de la formation a sélectionné les formateurs relais selon deux modalités : **le recrutement** de personnes ressources identifiées par leur profil sur un territoire d'une part, et la diffusion d'une offre d'emploi par le biais de l'EHESP et de la fédération nationale des maisons de santé d'autre part. Ainsi, R travaille au Centre de Ressources à la Haute Autorité en Santé avec le responsable pédagogique de la formation. Il a participé à **l'élaboration de la matrice de maturité**. Selon R, les formateurs relais ont été recrutés car **ils ont du leadership et du charisme sur leurs territoires et dans leurs structures** : « *On est arrivé tous là parce qu'on a été repéré comme des animateurs locaux et des leaders sur nos territoires et dans nos structures* ». Le formateur J a été recruté par le responsable pédagogique qui était à la **recherche de profil chercheur**. B a été identifié par un universitaire à Angers qui l'a informé de la formation. Il a envoyé son CV et a été

recruté : *« Comme il identifiait bien que c'était une thématique sur laquelle j'avais déjà travaillé, c'est-à-dire à la fois sur mon projet de soins de développer un réseau de maison de santé, et notamment nous participons dans l'enseignement et la recherche dans la dimension académique un lieu modélisant pour l'accueil des internes ».*

E, S ont pris connaissance du poste grâce à un mail de diffusion de l'annonce par la fédération des MSP. **Les pré-requis pour ce poste étaient une neutralité : pas de syndicat, pas d'institution, pas de conseil d'administration.** *« Mon profil a été retenu car il ne fallait pas dépendre ni d'un syndicat, ni d'une institution, ni d'être dans les conseils d'administration des uns et des autres. J'étais à priori celui qui avait le profil le plus soft disons pour être formateur. ».* Pour S suite à une prise de connaissance du poste, il a postulé, **il a discuté** avec le responsable pédagogique et a été recruté. Pour D, la **fédération a joué le rôle d'intermédiaire** sur sa région : *« C'est ma fédération qui m'a demandé, qui m'a mis en contact avec C, puis j'ai envoyé mon parcours. »*

A un premier niveau, l'enrôlement a été assuré par la fédération régionale des maisons de santé, point commun chez les six médecins généralistes exerçant en MSP. Pour D, la connexion est forte : *« Ceux qui sont « encalonné » à la fédération nationale, c'est les mêmes que vous retrouvez là, que ce soit, R, E. Ce sont les mêmes. ».* Les rôles tenus sont divers : président et ancien président pour R et S, membre du conseil d'administration (R), tiers facilitateur (E, S, D) et leader d'une MSP ou de centre de santé adhérents pour B, J, E, S, D, R. C'est ainsi que E est *« facilitateur au sein de la fédération des maisons de santé. J'ai aidé en gros une dizaine ou douzaine de MSP à se monter à s'organiser depuis que je suis formateur, non facilitateur ».* Quant à J, il n'avait pas de connexion avec la fédération régionale des MSP avant la formation. Depuis, il a adhéré car il a été demandé à tous les stagiaires et formateurs participant à la formation EHESP de sa région d'adhérer à la fédération : *« On a proposé à l'ensemble de nos formés que leur MSP adhèrent à des fédérations car il y avait des contenus en plus qui pourraient être très intéressants. Il y en avait que trois qui n'était pas adhérent dont la mienne. Oui toutes les MSP qui ont envoyé un coordinateur en formation EHESP avaient adhéré ou ont dorénavant adhéré à la fédération régionale des MSP ».* Pour B, c'est un univers restreint : *« Malgré tout, on est dans un microcosme qui s'intéresse aux soins primaires qui n'est pas si grand que ça. Et tout ce qui nous rapproche nous intéresse [...] avec des spécificités liées à nos cultures institutionnelles ».* A un niveau secondaire, les enrôlements évoqués par les formateurs relais sont **l'URPS** pour I et **les réseaux de santé** pour R dont il a une

Frédérique CAROFF KARSON -

riche expérience. Il a joué un rôle prégnant dans **l'innovation, la création, l'animation et le développement à l'échelle nationale de ce dispositif** : *« Mon premier réseau date de 1990 sur la question du sida à l'époque, un réseau ville hôpital. On était dans les 4 premiers réseaux qui se sont créés en France. Donc, j'ai bien suivi le développement des réseaux qui m'ont amené à présider la fédération « coordination nationale des réseaux » pendant 7 ans, de 1997 à 2004. Donc j'ai baigné dans la construction des réseaux et de cette nouvelle organisation de l'offre de soins pendant de nombreuses années et j'ai animé sur mon territoire un réseau qui était à la fois sida, toxicomanie, précarité et je me suis beaucoup battu pour que dans la loi de 2002 ».*

Selon R, **l'enjeu de la formation est la professionnalisation de la coordination**. Cet enjeu est multiple : *« un enjeu déterminant pour le fonctionnement de la structure mais aussi pour donner de la crédibilité et de la force à ce nouveau mode d'organisation de l'offre de santé et trouve sa place dans un système qui est en crise profonde, qu'il prenne la place, le moteur de la transformation et de l'adaptation de ce système de santé. Donc, la coordination pour moi est quelque chose de fondamentale ».* La professionnalisation de la coordination serait **un puissant levier** pour passer *« à la deuxième phase de développement des maisons de santé »*, processus qui s'effectue en deux temps. Le premier temps fut **la construction innovante d'une MSP par des leaders afin de répondre à un besoin du terrain** *« Dans un premier temps, les maisons de santé comme très souvent les innovations, elle s'est construite et a été portée par des professionnels qui ont été des leaders [...] qui ont réussi à entraîner dans leurs projets d'autres professionnels parce qu'il y avait une réalité, des raisons valables. »* (R). Le deuxième temps est que **le travail collectif produit un besoin de coordination** auquel il faut répondre par le développement de compétences nouvelles et par la professionnalisation de la coordination. Une partie des MSP ont les ressources internes par leurs leaders pour y répondre mais cela ne paraît pas être une solution à pérenniser (R). Les leaders ou les professionnels de santé doivent **se recentrer sur leur cœur de métier et améliorer leurs pratiques professionnelles, le soin et l'amélioration du parcours de soins** : *« Mais une fois que la maison de santé se met en place, que le travail s'effectue [...] Je pense que sur les 700 maisons de santé qui existent aujourd'hui, un certain nombre sont en capacité de produire leurs propres ressources à partir des compétences de ses leaders ou de ses pionniers mais ce n'est pas un modèle qui a vocation à s'étendre en tant que tel. Parce qu'aujourd'hui il faut gagner à cette organisation des professionnels qui sont surtout motiver dans la manière d'exercer*

leurs pratiques professionnelles, c'est-à-dire soigner, améliorer le soin, les parcours de santé » (R.). S confirme que pour un fonctionnement optimal de la MSP, **le besoin d'un manager émerge**, ce qui n'est **pas la mission originale du leader** : « *C'est la difficulté qu'on est en train de résoudre avec les coordinateurs, tout ce qui est à faire à côté qui n'est pas du ressort du leader mais qui est le ressort d'un manager et ça, ça peut être un peu épuisant.* ». Un enjeu institutionnel se profile par **la professionnalisation de la coordination qui peut positionner le coordinateur formé et légitime dans son équipe**. « *La formation joue aussi ce rôle de positionner le coordonnateur dans son équipe. Au-delà du contenu, il y a un enjeu institutionnel qui est dès lors que "maintenant je suis formé, ça renforce mon rôle, ma légitimité de coordinateur puisque je suis formé"* ». Dans un horizon plus lointain, certains pensent que **l'enjeu de la formation serait de travailler sur l'organisation des soins avec une portée à plus long terme dans 15 ans** : « *il faut vraiment avoir une focale de la façon dont nous ferons dans 15 ans. [...]. En fait, c'est simple, c'est l'hôpital de demain et la coordination des soins primaires* » (I).

Les sources de motivation des formateurs relais pour intégrer le dispositif de formation sont disparates : politique, affective, réflexive, organisationnelle, futuriste, néant. Pour R, la motivation est **politique** : « *Mon attente est politique, il faut gagner la bataille des MSP et il faut que les coordinations jouent leur rôle dans cette bataille* ». Il fonde sa démarche sur une réflexion basée sur l'expérience des réseaux de santé qui est la suivante. Les professionnels de santé répondent à un besoin du terrain par une construction et l'autonomisation d'un mode d'exercice alternatif. **Ce modèle trouvera sa place dans le système de santé à condition que les politiques publiques et les acteurs de terrain convergent dans la même direction** : « *Quand deux marginalités se rencontrent, celle des professionnels et celles des politiques publiques, on arrive à trouver notre place. Cette place nous pousse à un moment donné et par la loi à l'ensemble du système de se transformer à partir de cette expérience* ». Sa seconde motivation est **affective** : « *Et comme je suis une famille originaire de Y, je me suis dit « aller retournons sur le terrain de mes ancêtres* ». Pour B et J, aux profils universitaires, la motivation est d'ordre **réflexif** dans un but de poursuivre la thématique de la modélisation de l'organisation des soins primaires. Quant à S et E, leurs motivations sont de **répondre à un besoin du terrain**, étape nécessaire pour le bon fonctionnement présent et futur d'une MSP : « *c'est l'avenir et il y en a besoin.* ». La motivation de I est **de participer à la construction** de l'hôpital de demain. D **n'a pas exprimé de motivation**, ce qui est peut-être en lien de sa présence à la formation de répondre à la sollicitation de la fédération.

Frédérique CAROFF KARSON -

CAROFF KARSON	Frédérique	06 juillet 2016
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
FORMER DES COORDINATEURS D'EQUIPES DE SOINS PRIMAIRES. ANALYSE D'UN DISPOSITIF INNOVANT.		
Promotion 2015-2016		
Résumé : La fonction de coordination exercée souvent par le leader du projet de la MSP de façon informelle nécessite aujourd'hui une professionnalisation. Elle s'exerce dans une structure où il n'existe pas de relations hiérarchiques entre les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux. Et pourtant, en l'absence de référentiels et de formations, les coordonnateurs profanes perdent du temps, de l'efficacité dans l'apprentissage et la pratique de cette fonction. Aujourd'hui, la professionnalisation de la fonction de coordination est encouragée au bénéfice d'une reconnaissance financière, par une volonté politique de développer la coordination dans les MSP et par une demande émanant des professionnels de santé exerçant dans les regroupements d'exercice coordonné. Pour être efficiente et performante, l'exercice de la fonction de coordination exige d'acquérir des connaissances et des compétences de gestion et de pilotage de projet de santé entre autres. La formation « Animateur de regroupements pluri-professionnels de soins primaires » pilotée par l'EHESP et en partenariat avec l'HAS, les ARS, l'ASIP, les fédérations des professionnels de santé a pour but de répondre à ces objectifs. La formation a la particularité de présenter une harmonisation nationale par son contenu pédagogique dispensée sur une plateforme et une animation régionale grâce à des séminaires présentiels basés sur le partage d'expériences des coordinateurs dans six régions françaises pilotes. L'objectif de ce travail consiste à analyser ce dispositif de formation et comprendre les modalités d'appropriation des différents acteurs intervenants dans la formation.		
Mots clés : Formation, coordination, coordinateur, MSP, pédagogie, formateurs relais, EHESP, HAS, ARS.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i> <i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

