



---

Master 2  
Promotion de la Santé et Prévention  
Promotion : 2020 – 2021

---

Les actions de prévention et de promotion de la santé en  
maisons de santé pluriprofessionnelles : enjeux et  
accompagnement des équipes et des coordinatrices

---

Marguerite BERRA  
Septembre 2021

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier toute l'équipe d'ESSORT pour le très bel accueil qui m'a été fait. En particulier, merci à Caroline Guichard, Laurianne Dischli et Aurore Tourneau pour avoir rendu cette expérience si riche et agréable. Merci à Caroline de m'avoir fait confiance, merci à Laurianne pour son « coaching de vie » et merci à Aurore pour ces pauses déjeuner et café si plaisantes. Je remercie également Catherine Coquil et Carole Meilhat pour leur disponibilité et leur bonne humeur.

Je remercie tout particulièrement Madame Alis Sodazhiyan pour son accompagnement, sa disponibilité, sa bienveillance et ses précieux conseils qui ont guidé ma réflexion tout le long de l'écriture de ce mémoire.

Je remercie également Monsieur François-Xavier Schweyer d'avoir accepté de présider la soutenance de ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des professionnelles interrogées pour le temps accordé et les riches échanges que nous avons eu.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique du Master « Promotion de la Santé et Prévention » pour la grande qualité des enseignements suivis durant cette année. Particulièrement, je remercie Madame Caroline Garond pour sa grande aide et sa disponibilité tout du long de cette année.

Je souhaite remercier mes camarades de promotion avec lesquels j'ai pu traverser cette épreuve dans la joie et la bonne humeur.

Enfin, je souhaite remercier ma famille, mes amis et tout particulièrement Marie Pipeau pour ses précieux éclairages et son irremplaçable soutien.

## Liste des sigles utilisés

**ACI** Accord conventionnel interprofessionnel

**APMSL** Association des pôles et des maisons de santé des Pays de la Loire

**ARS** Agence Régionale de Santé

**ASALEE** Action de Santé Libérale En Équipe

**AVECSanté** Avenir des équipes Coordonnées

**CARPEC** Cellule d'Appui Régionale aux Projets d'Exercices Coordonnés

**CPAM** Caisses Primaires d'Assurance Maladie

**CPAM** Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPTS** Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

**DPC** Développement Professionnel Continu

**DU** Diplôme universitaire

**ESP** Équipe de Soins Primaires

**ESSORT** Équipes de Soins et d'Organisation Territoriale

**ETP** Éducation Thérapeutique du Patient

**GECO Lib'** Groupes d'Exercice COordonné Libéraux

**HAS** Haute Autorité de Santé

**IGAS** Inspection générale des affaires sociales

**IPA** Infirmière en Pratique avancée

**IREPS** Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé

**NMR** Nouveaux Modes de Rémunération

**PACTE** Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe en soins primaires

**PPS** Prévention Promotion de la santé

**PRS** Projet Régional de Santé

**SASPAS** Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

**SIP** Système d'Information Partagé

**SISA** Société interprofessionnelle des soins ambulatoires

**SRS** Schéma Régional de Santé

**URPS** Unions Régionales des Professions de Santé de Bretagne

## Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE.....</b>	<b>7</b>
<b>ANNONCE DE PLAN .....</b>	<b>9</b>
<b>I. LE DEVELOPPEMENT DES MSP ET DE LA PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE.....</b>	<b>10</b>
A. LES GRANDS ENJEUX DU DEVELOPPEMENT DES MSP ET DES APPROCHES PREVENTIVES ET PROMOTRICES DE SANTE.....	10
1. <i>L'exercice coordonné en MSP en réponse aux défis de notre système de santé</i> .....	10
a) Des évolutions qui appellent à une réorganisation des soins primaires .....	10
b) Des politiques publiques en faveur du développement des MSP et de la prévention/promotion de la santé en leur sein.....	11
2. <i>L'exercice coordonné en MSP : une transformation organisationnelle et professionnelle</i> .....	13
a) Des pratiques professionnelles transformées .....	13
b) L'émergence de nouveaux rôles et métiers.....	14
B. DES OUTILS ET DES ACCOMPAGNEMENTS POUR FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES MSP ET LES ACTIONS DE PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE .....	16
1. <i>Des instruments de politiques publiques traduisant une rationalisation de l'offre de soin</i> .....	16
2. <i>Une représentation et un accompagnement des professionnels en exercice coordonné : AVEC santé et les fédérations régionales</i> .....	17
3. <i>Une formation pour professionnaliser et valoriser le métier de coordinateur</i> .....	18
C. LE DEVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNE ET DE LA PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE EN BRETAGNE.....	19
1. <i>Le développement des MSP et de la prévention promotion de la santé au cœur de la politique régionale bretonne</i> .....	19
2. <i>D'importants besoins en termes de prévention et promotion de la santé</i> .....	20
3. <i>Des acteurs multiples aux missions variées</i> .....	21
<b>II. LES DYNAMIQUES DE PROJETS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE EN MSP .....</b>	<b>23</b>
A. A LA CREATION DES MSP, UNE APPETENCE POUR LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE.....	23
B. DES INSTRUMENTS DE FINANCEMENT POUR ASSURER LE FONCTIONNEMENT DES MSP ET LA MISE EN PLACE D' ACTIONS PROMOTRICES DE SANTE .....	24
1. <i>Le financement des projets grâce aux ACI : entre liberté et contrainte</i> .....	24
2. <i>Le financement des projets clés en main : un dispositif limité</i> .....	25
3. <i>Le financement grâce aux appels à projet : un dispositif en décalage avec les besoins du terrain</i> ....	26
C. LA DYNAMIQUE COMPLEXE DES PROJETS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE .....	29
1. <i>La gestion de projet : un travail aux facettes multiples et aux apprentissages nécessaires</i> .....	29
a) Une maîtrise de la méthodologie fluctuante .....	29
b) Un partiel état des lieux .....	29
c) Une définition limitée des priorités et des objectifs.....	30
d) Une faible utilisation des outils de planification et de gestion de projet.....	31
e) Une variable organisation du travail .....	32
f) Une évaluation des projets qui manque à l'appel .....	32
2. <i>L'appropriation du projet par les professionnels de santé : enjeu central de la dynamique de projet</i> 33	33
a) L'engagement : une étape déterminante de la dynamique de projet.....	33
b) L'essoufflement de la dynamique de projet .....	35
D. LES DETERMINANTS DU MAINTIEN DE LA DYNAMIQUE DE PROJET .....	36
1. <i>La maturité de la MSP : facteur favorable à la dynamique de projet qui s'inscrit dans une temporalité longue</i> .....	36
1. <i>Le rôle des leaders : un soutien à la coordinatrice</i> .....	37
2. <i>Les coordinatrices : une pièce maitresse dans la dynamique des projets</i> .....	38
<b>III. L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES ET DES COORDINATRICES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE PROJETS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE : UN SOUTIEN A DEMI-TEINTE.....</b>	<b>42</b>

A.	UN ACCOMPAGNEMENT MULTINIVEAU REpondant PARTIELLEMENT AUX BESOINS DES EQUIPES ET DES COORDINATRICES	42
1.	<i>L'accompagnement spécifique des coordinatrices : un soutien limité face aux besoins exprimés</i>	42
a)	La formation PACTE : une approche superficielle de la méthodologie de projet	42
b)	La Communauté des coordinateurs : un réseau et des outils à destination des coordinatrices	43
2.	<i>L'accompagnement aux projets : des outils à l'efficacité contestable</i>	45
a)	L'accompagnement méthodologique de l'IREPS : un dispositif méconnu des professionnels de santé	45
b)	Les projets clé en main : un enjeu d'appropriation par les équipes	46
c)	Une identification d'ESSORT en tant que soutien méthodologique insuffisante	49
B.	LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES DANS L'ELABORATION ET LA CONCEPTION DE PROJETS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	50
1.	<i>L'amélioration de l'accompagnement des équipes comme facteur de repositionnement d'ESSORT au sein du paysage d'acteurs bretons</i>	50
a)	Créer un réseau reliant le champ de la promotion de la santé à celui des soins primaires : ESSORT en tant qu'initiateur	50
b)	Renforcer les outils à destination des équipes et des coordinatrices : un moyen pour ESSORT de renforcer sa légitimité	51
c)	Redéfinir les modalités d'appels à projets : un moyen pour ESSORT de co-écrire la politique publique régionale	54
2.	<i>Face à des dysfonctionnements systémiques : l'impuissance d'ESSORT</i>	55
	<b>CONCLUSION</b>	<b>58</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>60</b>
	<b>ANNEXE 1 – GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES MSP</b>	<b>63</b>
	<b>ANNEXE 2 : PROJETS ETUDIES DANS LE CADRE DU STAGE REALISE A L'ASSOCIATION ESSORT</b>	<b>66</b>

## Introduction

Dans un contexte de transition démographique et épidémiologique où les inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que les dépenses de santé ont visiblement augmenté au cours des dernières décennies, l'exercice coordonné des professionnels des soins primaires apparaît comme une réponse efficace aux nouveaux besoins de santé.

Les « soins primaires » sont définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme « le premier niveau de contact des individus avec le système national de santé ». Cette notion ne se résume pas qu'à la médecine libérale, elle inclut également des professions paramédicales et médico-sociales, des associations de patients et renvoie plus largement à certains aspects spécifiques liés aux soins que sont la prise en charge pluriprofessionnelle des patients ainsi que l'accès et la coordination des soins. Enfin, elle fait écho à une approche populationnelle et territoriale de la santé et à l'articulation entre le curatif et le préventif (Hassenteufel et al., 2020).

L'offre des soins primaires est assurée principalement par des professionnels libéraux bien qu'il existe des centres de santé au sein desquels l'exercice est salarié. Traditionnellement, l'exercice libéral est caractérisé par une pratique individuelle, voire collective monoprofessionnelle. Le curatif y occupe une place centrale, au détriment des pratiques préventives qui se résument alors aux questions de vaccination et de dépistage dans le cadre des consultations. L'approche choisie est alors individuelle et l'on retrouve une logique descendante où le professionnel s'illustre comme sachant et le patient comme profane. Les postures éducatives émergent toutefois progressivement dans les pratiques de ces libéraux dits « isolés », via l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (Fournier, 2015). À contrario, le modèle de l'exercice coordonné invite les professionnels médicaux et paramédicaux à former une équipe et se coordonner autour des différentes patientèles de chacun. Un rééquilibrage entre le curatif et le préventif a lieu au travers d'actions de prévention et de promotion de la santé (PPS) individuelles ou collectives et le recours à des approches éducatives, y compris l'ETP.

Ce modèle, qui contraste alors avec les habitudes traditionnelles des professionnels de santé libéraux, se formalise de diverses manières. L'équipe de soins primaires (ESP), composée à minima d'un médecin généraliste et d'un autre professionnel de santé, constitue le noyau central et le premier niveau de formalisation. Pour être reconnue comme une ESP par l'Agence régionale de santé (ARS) et pouvoir contractualiser avec afin de percevoir des financements, les professionnels libéraux, réunis au sein d'une association, doivent élaborer un projet d'exercice coordonné qui décrit la ou les thématiques sur lesquelles ils veulent travailler en pluriprofessionnalité et les modalités organisationnelles à mettre en place pour le faire (ARS Bretagne et al., 2019). À un degré de

formalisation supérieur, nous retrouvons les centres de santé (exercice salarié) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) (exercice libéral principalement) qui s'organisent autour d'une patientèle, tous deux dotés d'un projet de santé et regroupant *a minima* deux médecins généralistes et un professionnel paramédical.

La MSP, introduite dans le code de la santé publique pour la première fois en 2007, est définie comme une « personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens [qui] assurent des activités de soins sans hébergement de premier 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 ».<sup>1</sup> L'émergence de ces structures s'accompagne de celle de la fonction de coordination qui est alors occupée par une personne dédiée qui peut être par ailleurs professionnel de santé. Selon Pascal Gendry, président de l'association AVECSanté, interrogé et cité par Vézinat, « les maisons de santé représentent la forme la plus aboutie d'organisation des équipes de soins primaires pour assurer une offre de santé auprès d'une patientèle, dans tous ses aspects, depuis le soin jusqu'aux actions de prévention ou de promotion de la santé » (Vézinat, 2020 p.91). Effectivement, le but des MSP est double : « améliorer la qualité des soins et maintenir une offre de santé suffisante sur les territoires ; tout en bonifiant les conditions d'exercice pour les professionnels. » (Sebai & Yatim, 2017 p.888). À l'intérieur des MSP, il s'agit de développer de nouvelles pratiques : centrer les soins sur le patient, proposer une prise en charge globale avec une offre de soins et de prévention, organiser le travail en équipe via la concertation, la délégation et la coordination. À l'extérieur, l'enjeu est de favoriser la coopération et le partenariat avec les structures du territoire, et de participer aux actions de santé publique en matière de prévention et d'éducation (*Ibid.*).

Ces MSP s'inscrivent dans un paysage institutionnel et associatif qui contribue à leur développement. L'association AVECSanté (Avenir des équipes Coordonnées), anciennement fédération des pôles et des maisons de santé, représente les professionnels en exercice coordonné et se positionne comme un organe de négociation auprès des pouvoirs publics. À l'échelon local, les fédérations régionales membres d'AVECSanté accompagnent également ces structures prometteuses. Les conseils régionaux et collectivités territoriales participent au financement des projets immobiliers. Concernant le fonctionnement même de la MSP, les financeurs principaux sont l'ARS et l'Assurance Maladie.

Aussi, en intégrant une MSP, les professionnels de santé auparavant indépendants doivent désormais répondre de plusieurs acteurs institutionnels au risque de perdre en autonomie. Analysée

---

<sup>1</sup> Définition du Code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007), modifiée par l'article 39 de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011 et enfin par la loi Touraine de 2016.

par Anne Moyal (2019) comme un instrument de rationalisation des pratiques des professionnels de santé libéraux, la MSP impose aux équipes des contraintes. Trois procédures inhérentes à la constitution et la vie d'une MSP traduisent cette rationalisation. D'abord, pour obtenir l'accompagnement financier et la qualification de MSP de la part de l'ARS, les acteurs doivent élaborer un projet de santé conforme au cahier des charges de l'institution.<sup>2</sup> Ensuite, une fois reconnue comme MSP, il est possible d'obtenir des financements supplémentaires par l'Assurance Maladie via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sous réserve de respecter de nouveaux indicateurs rigoureux et de se constituer en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), un régime juridique qui reste encore complexe. Enfin, pour mettre en œuvre des projets et notamment des actions de prévention et de promotion de la santé (PPS), les MSP doivent répondre à des appels à projets dont l'octroi des fonds est conditionné au respect de certains critères. Ces financements impliquent de rendre des comptes aux autorités publiques. Ces contraintes sont néanmoins acceptées par les professionnels au regard des intérêts qu'ils trouvent à exercer en MSP. C'est pour eux le moyen d'attirer des jeunes professionnels, de rémunérer certaines pratiques qu'ils faisaient déjà (réunion de concertation pour parler d'un patient par exemple), mais surtout, le moyen d'introduire un nouvel équilibre dans la qualité des pratiques. En effet, certains professionnels identifient clairement le fait qu'ils investissent du temps en plus (temps de coordination, mise en place des actions de prévention ...) afin d'en gagner par la suite (des décisions plus rapides, des malades dont la santé se dégradent moins vite...) (Bourgeois, 2016).

Grâce à l'ensemble des soutiens financiers, les équipes pluriprofessionnelles sont alors censées pouvoir élaborer et mettre en œuvre des actions répondant aux enjeux d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins incluant des approches de PPS. En étudiant les actions de santé publique menées par les MSP, nous observons que les thématiques retenues par les équipes (addiction, nutrition, activité physique, vaccination, dépistage, prévention du suicide etc.) sont aussi multiples que les stratégies et modalités d'intervention déployées (action dans les écoles, stand au sein de la MSP, consultations délocalisées dans des industries agroalimentaires, ETP, information, entretien motivationnel etc.).

- Contexte de stage

Mon stage s'est déroulé au sein d'ESSORT (Equipes de Soins et d'Organisation Territoriale), une association créée en 2016 à l'initiative de professionnels de santé libéraux, convaincus de

---

<sup>2</sup> Trois piliers doivent être respectés : l'organisation de l'accès aux soins (horaires d'ouverture, consultations non programmées, continuité des soins, missions de santé publique...), l'organisation du travail en équipe pluriprofessionnelle (protocoles pluriprofessionnels, réunions de concertation, formation...) et l'organisation du partage d'informations (messagerie sécurisée, système d'information partagé)



l'apport de l'exercice coordonné pour les patients, les professionnels et les territoires. L'association, située à Rennes, est adhérente au mouvement national AVECsanté et constitue la « fédération régionale bretonne ». L'objectif d'ESSORT est de venir en soutien de tous les porteurs de projets innovants et des nouveaux métiers qui voient le jour pour faire vivre ces nouvelles organisations en santé. Plus précisément, le projet s'articule autour de quatre axes : accompagner les équipes engagées dans une démarche d'exercice coordonné, et soutenir leurs coordinateurs dans leur fonction ; proposer des projets innovants clés en main notamment en matière de PPS ; représenter les adhérents auprès des institutions et les informer des actualités régionales ou nationales. L'association est animée aujourd'hui par un bureau pluriprofessionnel composé de 5 personnes avec le soutien d'une équipe salariée composée d'une directrice, d'une cheffe de projet et chargée de communication et d'une assistante administrative et comptable.

Consciente de l'intérêt que portent certaines MSP à la PPS, et des plus-values que peut apporter l'exercice coordonné dans ce type d'actions, l'association souhaiterait développer son offre d'accompagnement en la matière. Aussi, elle a choisi d'accueillir une stagiaire disposant de connaissances et de compétences dans le champ de la PPS.

La mission principale qui m'a été confiée a été de réaliser des capitalisations d'expériences de projets<sup>3</sup> de PPS déployés au sein des MSP bretonnes adhérentes. J'ai alors conçu le projet « OPEN » (Outil de Partage d'Expériences Novatrices) et ai choisi de capitaliser quatre projets menés sur la thématique des addictions (un projet relatif aux écrans, deux projets relatifs au tabac et un projet relatif à l'alcool).

Pour mener ces capitalisations j'ai été amenée à réaliser des entretiens qualitatifs durant lesquels les porteurs de projet, majoritairement coordinatrices, revenaient sur l'histoire du projet et notamment les freins et leviers.

La seconde mission, a été de participer au déploiement du projet dit « clé en main » intitulé « L'alcool ici on en parle » conçu par la fédération nationale AVECsanté et déployé au niveau local en partenariat avec l'association ESSORT. J'ai ainsi participé à la formation au repérage précoce et intervention brève (RPIB) dispensée par Addiction France aux professionnels de santé et coordinateurs participants au projet et contribué à l'élaboration du livret à destination des patients qui seront inclus dans ce projet.

---

<sup>3</sup> La capitalisation vise à transformer le savoir issu de l'expérience en connaissance partageable. Grâce au récit des acteurs de terrain et une analyse fine des informations recueillies, la capitalisation permet de repérer les freins et les leviers dans la conduite d'un projet. En prenant en compte le contexte de l'intervention, elle identifie les éléments clés et indique la manière de les transférer. Ainsi, les fiches de capitalisation ont pour objet de reprendre l'ensemble de ces informations pour mieux guider les équipes en exercice coordonné dans l'élaboration de leur futur projet de PPS.

Ensuite, tout du long de mon stage j'ai contribué à l'animation de la Communauté des coordinateurs en participant notamment à la journée thématique du 22 avril 2021 intitulée « Répondre à un appel à projet en PPS » et la journée « Bien dans mes baskets » du 24 juin qui réunit une grande partie des coordinatrices bretonnes. Dans ce cadre, j'ai réalisé des fiches-outils pour faciliter la mise en œuvre des projets PPS (les grandes étapes/questions à se poser/ressources disponibles d'un projet PPS, priorités et objectifs, stratégies d'intervention, budget et financement...).

En filigrane, au travers de ces missions, l'objectif de mon stage était d'affiner la stratégie d'ESSORT en matière d'appui auprès des équipes dans le champ de la PPS, en identifiant les freins et les leviers rencontrés par les équipes adhérentes dans la conception et la mise en œuvre des projets PPS. Une réunion avec la direction adjointe en charge de la PPS à l'ARS Bretagne est planifiée début octobre 2021 pour présenter mes résultats et engager une discussion sur l'avenir de l'accompagnement des équipes.

- **Problématisation**

La stratégie nationale de santé 2018-2022 et les différents mécanismes mis en œuvre par les pouvoirs publics laissent transparaître des attentes renforcées en matière de PPS à l'égard des professionnels des soins primaires, y compris ceux des MSP. Confier aux acteurs de proximité des missions de PPS peut sembler pertinent, et d'autant plus lorsqu'il s'agit d'acteurs exerçant en pluri-professionnalité. En effet, l'objet de la promotion de la santé est d'agir sur les déterminants de santé qui sont pluriels, quant à la prévention, les causes sont souvent multiples. L'implication de plusieurs acteurs aux compétences variées se justifie donc pleinement. Pour autant, le développement de la PPS au sein des MSP représente différents enjeux.

Tout d'abord, des enjeux externes relatifs aux relations qu'entretiennent les professionnels de la MSP avec les acteurs institutionnels et associatifs. Intégrer une MSP et recevoir un soutien financier de la part d'acteurs publics nécessite de rendre des comptes et de satisfaire des critères imposés aux professionnels rompant dès lors avec leur traditionnelle indépendance et autonomie. De même, la mise en œuvre d'actions de PPS implique souvent de travailler en partenariat avec d'autres acteurs du territoire et par conséquent de pouvoir les identifier puis de s'adapter à leurs contraintes et modes de fonctionnement, cela vaut notamment pour l'association ESSORT.

Ensuite, des enjeux internes à la MSP puisque le développement d'approches de PPS interroge la pratique des professionnels. Pour dépasser l'approche curato centrée et la seule approche préventive individuelle, les professionnels doivent s'acculturer à de nouveaux principes, comme celui d'empowerment et adopter une tout autre posture en favorisant les approches motivationnelles par exemple. La mise en œuvre d'actions de PPS suggère l'obtention de financement et le déploiement

d'une méthodologie de projet qui n'est pas enseignée dans les parcours académiques des professionnels de santé. En outre, ces projets, pour être efficaces doivent être coordonnés et portés sur plusieurs semaines, mois voire années. Cela nécessite alors une bonne dynamique d'équipe et du temps, deux enjeux récurrents dans le fonctionnement d'une MSP. En interne, cela interroge donc la place de chacun, et en particulier celle de la coordinatrice.

Pour faire face à ces enjeux, et surmonter les difficultés qui y sont associées, des dispositifs d'accompagnement ont pu être mis en place. Par exemple, au national, AVECSanté a conçu des projets de PPS dits « clés en main » prêts à être mis en œuvre au sein des MSP. Les fédérations régionales, et notamment ESSORT, participent au déploiement de ces projets en local et proposent via d'autres actions des accompagnements qui viennent en complément des soutiens proposés par les pouvoirs publics.

Dans le cadre de ce mémoire, il a été choisi d'axer le travail sur l'accompagnement et les dispositifs d'appui aux équipes existants pour concevoir et mettre en œuvre des actions de PPS. Cet angle suscite divers questionnements : quels sont les dynamiques actuelles des projets de PPS menés au sein des MSP ? A quelles difficultés les équipes doivent-elles faire face ? Comment s'approprient-elles les concepts de la PPS ? Quels accompagnements et soutiens existent aujourd'hui en Bretagne ? Ces appuis sont-ils suffisants et adaptés aux besoins ? Quelle place prend ESSORT dans ces accompagnements ?

Ces questionnements amènent à cibler ce travail sur la question suivante :  
Quels enjeux pose le développement d'actions de PPS au sein d'une MSP et en quoi l'accompagnement existant permet d'y répondre ?

## Méthodologie

- Revue de la littérature

Dans un premier temps, pour pouvoir saisir les enjeux liés au développement des actions de PPS au sein des MSP, il était nécessaire d'avoir une vision plus globale et d'ainsi connaître le contexte d'évolution des MSP et les enjeux qui y sont associés. Pour ce faire, une revue de la littérature, principalement académique a été réalisée en utilisant google scholar ainsi que la base de données Cairn. Également, la littérature grise a été mobilisée notamment en étudiant des documents issus des institutions, de la fédération nationale AVECSanté et des fédérations régionales. S'agissant des supports relatifs aux actions de PPS, des comptes rendus, documents powerpoint et plaquettes de présentation relatives à des projets menés par les équipes et/ou la fédération AVECSanté ont été consultés.

- Recueil des données

Les données utilisées dans le cadre de ce mémoire ont été recueillies grâce à des méthodes qualitatives.

Tout d'abord, des observations participantes ont pu être réalisées tout du long de mon stage lors :

- de réunions d'équipes (points hebdomadaires avec l'équipe salariée, réunion mensuelle du bureau de l'association...),
- de réunions institutionnelles (Cellule d'Appui Régionale aux Projets d'Exercices Coordinés - CARPEC, Groupe de travail ETP, point d'avancement sur les projets d'équipe avec l'ARS et l'Assurance Maladie etc.),
- de réunions de projets (Comité de pilotage projet « Bref j'arrête de fumer », réunion inter-MSP projet Cancer du sein, réunion projet « L'alcool ici on en parle »),
- de formation dans le cadre du projet « L'alcool ici on en parle » dispensée par Addiction France,
- d'évènements organisés par ESSORT (journée thématique « Répondre à un appel à projet en PPS », journée « Bien dans mes baskets »)

Des conversations de terrain, au travers d'échanges téléphoniques avec des coordinatrices et/ou des professionnels de santé ont permis d'alimenter les réflexions.

Enfin, des entretiens semi-directifs et libres ont été conduits dans le cadre de mes missions de stage auprès de 5 professionnels : une coordinatrice indépendante exerçant dans deux MSP, qui est par ailleurs membre du bureau d'ESSORT, facilitatrice et animatrice relais de la formation PACTE ; une diététicienne et coordinatrice de deux MSP également membre du bureau d'ESSORT, facilitatrice et

animatrice relais de la formation PACTE, une infirmière et coordinatrice d'une MSP, un infirmier et leader d'une MSP ainsi qu'une médecin généraliste récemment diplômée ayant réalisé son Stage Autonome en Soins Primaire Ambulatoire Supervisé (SASPAS) au sein d'une MSP. Par ailleurs, des entretiens libres ont été menés auprès de 4 chargées de projets travaillant à l'Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire (APMSL) et à la Fédération des Maisons et Pôles de Santé Hauts-De-France (FEMAS Hauts-de-France).

Pour conduire ces entretiens semi-dirigés une grille d'entretien a été préalablement construite (Annexe 1).

- Analyse des résultats

Afin de faciliter l'analyse des entretiens, ces derniers ont été enregistrés et partiellement retranscrits, une grille d'analyse a ensuite été construite par thématique. S'agissant des observations participantes et conversations de terrain, des notes ont pu être prises sur le moment ou a posteriori afin de retenir les éléments suscitant intérêts et étonnements.

- Limites et difficultés rencontrées

L'enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire et par conséquent les résultats qui ont pu en ressortir souffrent d'une limite principale : les personnes enquêtées évoluent toutes dans des MSP matures où une dynamique d'équipe existe et est établie de longue date. Aussi, le point de vue de « jeunes » MSP n'a pas pu être recueilli en profondeur dans le cadre d'entretiens, mais seulement via les observations participantes et conversations de terrain. Une partie des enquêtés sont par ailleurs particulièrement investis dans l'association ESSORT, de sorte qu'ils ont une bonne connaissance des outils et accompagnements proposés ce qui peut avoir un impact sur leur appropriation. De plus, trois enquêtées sur cinq sont coordinatrices, par conséquent les professionnels de santé non coordinateurs sont peu représentés.

Cette faible représentation des professionnels de santé s'explique par leur manque de disponibilité. Dans un contexte de crise sanitaire, ces derniers étaient particulièrement mobilisés sur la politique vaccinale. Par ailleurs, aucune « jeune équipe » n'a répondu à l'appel pour être accompagnée dans la capitalisation d'un de leur projet en PPS.

## Annonce de plan

Ce mémoire se divise en trois parties. La première constitue une partie de cadrage indispensable à la compréhension du contexte de création des MSP et de l'écologie dans laquelle elles évoluent. Elle est essentiellement rédigée à partir de notre revue de littérature. Ensuite, dans une seconde partie, les dynamiques des projets de PPS étudiés dans le cadre de ce stage au sein de l'association ESSORT seront présentées. Enfin, dans une troisième partie, l'accompagnement existant en matière de conception et de mise en œuvre d'actions de PPS sera analysé pour vérifier s'il répond aux besoins des équipes. Des propositions pour améliorer les dispositifs existants seront faites. Ces deux parties, plus empiriques, sont fondées sur la base de nos observations de terrain et des missions de stage réalisées.

## I. Le développement des MSP et de la prévention et promotion de la santé

L'émergence des MSP et le déploiement des actions de PPS dans ces structures s'accompagnent de multiples enjeux qui s'analysent à plusieurs niveaux. Au travers des politiques publiques, il s'agit d'amener les professionnels de santé des soins primaires à réinventer leurs pratiques pour mieux répondre aux défis de notre système de santé (A). Puisque cette transition, de l'individuel au collectif et du curatif au préventif, est loin d'être aisée, des aides et incitatifs ont été développés par les pouvoirs publics d'une part, et les professionnels de santé constitués en association – AVECSanté d'autre part (B). Bien que généralisé partout en France, ce développement s'ancre dans un contexte régional où les pouvoirs publics et acteurs associatifs accompagnent les équipes en fonction des politiques publiques locales en vigueur. Ainsi, en Bretagne, l'accompagnement des professionnels de santé vers l'exercice coordonné et le développement d'actions de PPS sont des priorités du schéma régional de santé (C).

### A. Les grands enjeux du développement des MSP et des approches préventives et promotrices de santé

#### 1. L'exercice coordonné en MSP en réponse aux défis de notre système de santé

##### a) Des évolutions qui appellent à une réorganisation des soins primaires

L'accès à des soins de proximité repose sur le système dit « de soins primaires », de « première ligne ou de « premier recours ». Il constitue la porte d'entrée de la population dans le système de santé (Fournier, 2015). Il est toutefois remis en question par une mission coordonnée en 2009 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) à la demande de l'ancienne Ministre de la santé et des sports. En effet, le rapport Juilhard juge que « le dispositif de premier recours est à bout de souffle. Il ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population » (Juilhard et al., 2010 p.4). Ce constat invite à penser une réorganisation des soins primaires.

La construction historique de notre système de santé a conduit à un cloisonnement entre les soins curatifs et la prévention, les professions médicales et paramédicales, mais également les secteurs hospitalier, médico-social et libéral (Fournier, 2019). Cette construction ne saurait répondre à la série d'évolutions structurelles que connaît notre pays. Hassenteufel et alii en identifient cinq principales. La première est le développement des pathologies chroniques qui implique la prise en charge de populations vieillissantes souffrant de polypathologies nécessitant des parcours de soins parfois complexes. La seconde évolution tient au vieillissement des médecins généralistes et aux difficultés

associées à leur non renouvellement conduisant à l'apparition de zones sous dotées appelées « déserts médicaux ». Ce phénomène fait apparaître la question des inégalités territoriales d'accès aux soins. L'engorgement croissant des urgences et l'augmentation des dépenses hospitalières constituent la troisième évolution et invitent à penser un rééquilibrage entre la ville et l'hôpital. La quatrième évolution concerne la fragmentation de l'offre de soins qui appelle à davantage de coordination pour faciliter le parcours des patients pour plus de qualité et d'efficacité. Enfin, face aux échecs en matière de prévention, l'intérêt des politiques publiques se tourne de plus en plus vers le rééquilibrage entre pratiques curatives et préventives. Identifiées comme des lieux clés pour le déploiement de la prévention et la promotion de la santé, les structures de soins primaires développent des actions telles que les programmes d'ETP, de vaccination ou encore de dépistage. En outre, la volonté grandissante des patients à être acteur de leur santé, implique le développement croissant des pratiques éducatives (Hassenteufel et al., 2020).

Une dernière évolution peut être identifiée, il s'agit de la rupture entre les aspirations de la nouvelle génération de professionnels de santé avec l'ancienne ainsi que la féminisation de la profession (Schweyer, 2014). La question de la qualité de vie au travail est pour cette jeune génération centrale, et la recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est une condition à l'exercice. Cela est d'autant plus important que l'épuisement professionnel ou « *burnout* » est un sujet de plus en plus prégnant dans le domaine de la santé et en particulier en ce qui concerne les médecins et les infirmières. Près de la moitié des médecins souffriraient d'un syndrome d'épuisement professionnel (Kansoun et al., 2019), ce chiffre s'élèverait à 63% chez les infirmières selon une étude menée par l'Ordre des infirmiers (Ordre national des infirmiers, 2018). Cette prévalence a dès lors un impact négatif sur la qualité des soins. Par conséquent, l'enjeu est d'apporter plus de confort à l'exercice professionnel et d'améliorer le bien-être des soignants.

Ainsi, ces multiples évolutions font naître des enjeux en matière de coordination et de changements de pratiques professionnelles pour aller davantage vers le préventif. Les politiques publiques mises en œuvre ces dernières années tentent de répondre aux défis qui y sont associés.

#### b) Des politiques publiques en faveur du développement des MSP et de la prévention/promotion de la santé en leur sein

La réorganisation des soins primaires constitue l'une des priorités du plan « Ma santé 2022 » annoncée en 2018. Cette mise à l'agenda politique n'est pas nouvelle. La réforme des soins primaires remonte au début des années 1990 avec une première étape consistant à renforcer le rôle et la formation du médecin généraliste en raison du « un passage assez rapide du discours dominant de la « pléthore médicale » à celui du « manque de médecins » » (Hassenteufel et al., 2020 p.16). Une loi de 2004 instaure alors le système de médecin traitant et revalorise leur rémunération en contrepartie de



leur participation à la mise en œuvre de nouvelles missions, laquelle reste complexe dans la mesure où ces professionnels travaillent alors en silo et sont payés à l'acte (Fournier, 2019). De nouveaux modèles organisationnels comme celui de la MSP sont alors mis en avant par les pouvoirs publics mais aussi par certains professionnels adoptant déjà des pratiques organisationnelles innovantes. Pour Nadège Vézinat, ces MSP sont « loin d'être une innovation radicale » mais « simplement, elles apparaissent dans un contexte où se manifeste une volonté de l'État de développer une offre de soins territorialisée en ambulatoire et au moment où il a cherché à s'impliquer dans le pilotage mais aussi le contrôle du financement du système de santé. » (Vezinat, 2020 p.86).

La loi de financement de la Sécurité sociale du 10 décembre 2007 consacre législativement les MSP et définit pour la première fois leur périmètre qui sera précisé par les lois « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » (HPST) en 2009 et Fourcade du 10 août 2011. Une structure légale est ainsi créée pour les MSP, la société interprofessionnelle des soins ambulatoires (SISA), afin que les professionnels puissent se regrouper et partager des financements dans le cadre d'activités communes en sus des paiements à l'acte. À partir de 2011, les pouvoirs publics mettent en place un système expérimental appelé expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). Elle permet d'attribuer aux MSP constituées en SISA des fonds dédiés à la mise en œuvre du projet de santé ainsi qu'à la réalisation d'activités menées en pluriprofessionnalité (réunions pluriprofessionnelles de concertation (RCP), protocoles et organisation de la continuité des soins) et du temps de coordination qui en découle. En 2015, un règlement arbitral a généralisé le modèle de l'ENMR pour ensuite être lui-même remplacé par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel signé le 20 avril 2017 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et une large majorité de syndicats représentatifs des professionnels des soins primaires (*Les modes de rémunération d'une MSP, s. d.*).

Pour certains auteurs, le modèle organisationnel des MSP repose sur trois logiques d'actions principales (Ray et al., 2020). Tout d'abord l'objectif principal a été de renforcer l'accessibilité de l'offre de soins, les politiques publiques ont donc regroupé l'offre de soins primaires dans les zones de désert médical. Pour y parvenir, des soutiens financiers à l'investissement immobilier sont accordés par l'État et les collectivités locales. Ensuite, la deuxième logique d'action vise la fragmentation de l'offre de soin grâce au renforcement et la structuration de la coordination des professionnels de santé afin d'améliorer la continuité et la qualité des soins. La contractualisation avec l'ARS et l'Assurance Maladie a été l'outil pour y parvenir. Les auteurs mettent en lumière un cloisonnement entre ces deux premières logiques d'actions puisqu'une distinction de politiques publiques s'opère entre le financement du volet immobilier et celui du volet relatif au fonctionnement de la structure. Enfin, le dernier modèle logique repose sur le mécanisme de diversification de l'offre de proximité « passant d'une offre de soins ambulatoires, centrée sur la prise en charge d'épisodes aigus, à une offre en soins de santé primaires, incluant prévention, éducation thérapeutique et prise en charge sociale, dans une

approche populationnelle territoriale plus que de patientèle » (Ray et al., 2020 p.68). Cet objectif de développement de pratiques innovantes et de nouveaux services aux patients au sein d'une MSP se retrouve dans l'ensemble des textes, néanmoins, les outils propres à cet objectif semblent passer rapidement « au second plan de la politique publique » comme l'a prouvée la disparition des mécanismes de rémunération spécifique des actions de prévention et d'ETP lors du passage des NMR au règlement arbitral. Les missions de santé publique et les partenariats avec le secteur social restent des « nouveaux services », « services innovants » ou encore des missions de santé publique « optionnelles » (dans l'accord conventionnel interprofessionnel de 2017) (Ray et al., 2020 p.69).

## 2. L'exercice coordonné en MSP : une transformation organisationnelle et professionnelle

### a) Des pratiques professionnelles transformées

Travailler au sein du MSP peut s'avérer être un « choc culturel » pour les professionnels pour reprendre les mots de Cécile Fournier, et ce à plusieurs niveaux (Fournier, 2015).

Tout d'abord, les professionnels libéraux sont confrontés à une culture collective et pluriprofessionnelle qui contraste avec leur culture initiale individuelle et monoprofessionnelle. Ils doivent se confronter au regard des autres professionnels sur leur pratique et se coordonner autour de plusieurs patientèles voire d'une population d'un territoire (Bergeron & Moyal, 2018). Dans la culture traditionnelle libérale nous retrouvons un souci d'indépendance face à une quelconque autorité ou hiérarchie. Ceci rend dès lors « difficile une « conceptualisation conjointe » du travail en équipe (Duran et Lazega, 2015), pourtant indispensable » (Ramond-Roquin et al., 2020 p.128). Bien qu'ils souhaitent échapper à toute hiérarchie, force est de constater qu'au sein des soins primaires il existe une hiérarchie symbolique entre les médecins et autres professionnels. Ceci explique que les relations de travail sont pensées sur un modèle de délégation de tâches et non pas sur celui de la concertation. « La conscience d'être interdépendants pour résoudre un problème, essentielle en matière de concertation, reste faible » (Ramond-Roquin et al., 2020 p.128). Pour Anne Moyal, cette nouvelle division du travail reste « sous contrôle médical » au vu du renforcement du rôle des médecins généralistes qui ont une place centrale dans la MSP en raison des critères de financement, de l'ACI notamment. (Moyal, 2020). Des tensions dans les équipes peuvent être observées entre les dynamiques de chaque profession et la dynamique pluriprofessionnelle.

Ensuite, la contractualisation non plus individuelle mais collective avec l'Assurance Maladie via l'ACI ou avec l'ARS dans le cadre de programmes d'ETP, s'inscrit dans une logique gestionnaire qui implique des négociations et des ajustements autour du rôle et de la rémunération de chacun. De plus, la nécessité de rendre des comptes aux financeurs interroge l'indépendance des professionnels (Bergeron & Moyal, 2018).

Les nouvelles actions permises par le fonctionnement en MSP impliquent pour les professionnels de santé de fonctionner « en mode projets » et d'ainsi maîtriser une méthodologie particulière à laquelle ils ne sont pas formés. Le travail partenarial est également propre à ce fonctionnement, ce qui n'est pas dans les habitudes des libéraux.

Enfin, développer la PPS au sein d'une MSP impose aux professionnels de changer de posture. Ils doivent passer d'une approche individuelle à une approche collective, puis d'une approche centrée sur le soin à une approche globale prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé de la patientèle. En consultation, la posture traditionnelle du « sachant » doit être délaissée au profit d'une posture tournée davantage vers le patient, ses envies, ses motivations, et ses objectifs. Ce changement de paradigme n'est pas facile dans la mesure où les professionnels ont rarement reçu dans leur formation initiale des enseignements relatifs aux pratiques éducatives. En ce qui concerne les professions médicales, une évolution est à noter avec l'émergence du service sanitaire au cours duquel les futurs professionnels appréhendent les concepts de la PPS.

#### b) L'émergence de nouveaux rôles et métiers

L'émergence des MSP s'accompagne d'une redéfinition de la place de chacun et de l'apparition de nouveaux métiers.

Tout d'abord, à l'initiative de la MSP nous retrouvons un noyau de professionnels de santé motivés dont l'un est communément désigné le « leader ». « Le mot est souvent utilisé au singulier, assimilant implicitement la dynamique de regroupement au leadership et le leadership à une personne, homme et médecin dans la plupart des cas. » (Schweyer, 2019 p.45). Néanmoins, une évolution dans le leadership est perceptible passant d'un modèle où le leader incarnait à lui l'équipe vers « un modèle plus participatif » » (Schweyer, 2019 p.46). Quoi qu'il en soit, « le leader » impulse la dynamique et « porte » le projet d'exercice coordonné.

Ensuite, pour assurer les nouvelles fonctions de coordination, dans la plupart des cas, une personne prend le rôle de coordinateur. Dans certaines MSP nous retrouvons une co-coordination assurée par deux personnes différentes. En analysant la fonction de coordination, François Xavier Schweyer distingue quatre façons de concevoir le rôle du coordinateur qui dépend principalement de la vision des leaders et des équipes : « une fonction support d'exécution ou de relais et qui doit être *« adaptée à l'équipe existante »* ; une décharge du leader avec l'introduction de nouvelles tâches relevant surtout du management et de la gestion de projet dans une logique de division du travail ; une fonction de soutien du leader et de (re)mobilisation de l'équipe pour conjurer la lassitude du leader et (re)définir les rôles au sein de l'équipe de soins primaires ; une fonction de coordination innovante associée explicitement aux transformations à engager et aux responsabilités à prendre » (Schweyer, 2019 p.46). Cette fonction étant majoritairement féminine, nous utiliserons par la suite le

terme de « coordinatrice ». Plusieurs profils de coordinatrices se dégagent, le premier est celui de la « coordinatrice soignante » qui divise son temps entre sa profession d'origine et ses missions de coordination. Le plus souvent, il s'agit de professionnels paramédicaux. Elles s'impliquent au départ dans cette fonction pour soutenir l'équipe, voire diversifier leur pratique. Lorsque la MSP trouve un certain point d'équilibre et se stabilisent elles reprennent parfois leurs fonctions initiales et laissent la coordination à des « coordinatrices de métier ». Pour ces dernières, cette fonction est leur seule occupation professionnelle. Elles ont un niveau de formation élevé, parfois dans le domaine de la gestion. Elles exercent en temps partiel dans plusieurs équipes qui les recrutent ou bien exercent en indépendante. Enfin, nous retrouvons le profil des « coordinatrices administratives » (*ibid.*).

Les travaux de Laude, Michel et Schweyer identifient trois domaines desquels relève le travail de coordination. « Le domaine clinique de gestions de soins et des parcours » implique l'élaboration d'outils favorisant le partage d'information et des règles de travail. Dans ce cas, la coordinatrice doit alors « organiser des réunions de concertation et de synthèse des dossiers médicaux » et « adapter le système d'information au fonctionnement de l'équipe ». La « dimension managériale » ensuite, est relative à l'organisation du travail et l'animation d'équipe. Cette animation peut être assurée par le leader seul ou bien en binôme avec la coordinatrice. Pour finir, le travail de la coordinatrice relève du « domaine de la santé publique » ce qui l'invite à « tisser des partenariats avec des acteurs locaux (associations, élus, établissements) à l'échelon d'un territoire et d'obtenir des financements (appels à projets)» (Laude et al., 2018 p.92). L'intégration des coordinatrices est parfois complexe, les professionnels de santé ne saisissant pas toujours les tenants et aboutissants de cette fonction. Des tensions quant à leur rémunération peuvent survenir ainsi que sur les actions qu'elles proposent.

D'autres nouveautés comme le métier d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) ou encore le protocole ASALEE (Action de SANTé Libérale En Équipe) se retrouvent au sein des MSP et peuvent être des leviers pour le développement d'actions de santé publique. Ces infirmières aux formations spécialisées adoptent auprès des patients une approche globale et éducative (*La pratique avancée, s. d.*).

Ces nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement questionnent le temps que les professionnels doivent y consacrer, en sus des consultations, et de leur indemnisation. Pour surmonter ces freins, des mécanismes et incitatifs ont alors été mis en place.

## B. Des outils et des accompagnements pour favoriser le développement des MSP et les actions de prévention promotion de la santé

### 1. Des instruments de politiques publiques traduisant une rationalisation de l'offre de soin

Les institutions publiques soutiennent les MSP grâce à diverses sources de financement. L'ARS intervient d'une part grâce au Fonds d'Investissement Régionaux (FIR). Des aides spécifiques à la mise en place du système d'information partagé ou encore des appels à projets pour le développement d'actions de PPS en MSP sont mis en place. Les collectivités territoriales soutiennent les MSP dans leurs projets immobiliers et enfin, l'Assurance Maladie propose l'ACI (Bourgeois, 2019).

Nous allons tout d'abord nous intéresser de plus près à l'ACI. Tout comme, le cahier des charges et le projet de santé, la contractualisation passée avec l'Assurance Maladie relève du *new public management* et en ce sens peut être perçue comme un outil de rationalisation de l'offre de soins, soit un outil de contrôle des professionnels de santé qui remet en cause leur autonomie (Vezinat, 2020). C'est pourquoi, encore de nombreuses MSP n'ont pas signé l'ACI. En effet, le financement octroyé par l'Assurance Maladie est conditionné à la satisfaction d'indicateurs socles : l'accès aux soins, le travail en équipe et la coordination ainsi que les systèmes d'information. Pour chacun des axes, des indicateurs déterminent le montant de la rémunération versée, trois types se distinguent : les indicateurs socles prérequis qui conditionnent le déclenchement de la rémunération, les indicateurs socles qui conditionnent le calcul de l'avance versée et les indicateurs optionnels parmi lesquels nous retrouvons les actions de santé publique. Un financement supplémentaire est accordé si l'équipe réalise des missions de santé publique sur des thématiques prédéfinies ou qui sont en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (*L'ACI: Accord Conventionnel Interprofessionnel*, s. d.). L'équipe n'est pas pleinement libre de la thématique pour son projet de santé publique et l'aspect optionnel prouve le caractère secondaire qu'à la PPS dans les MSP, ou du moins met en lumière les véritables priorités des pouvoirs publics.

L'ACI met en exergue l'interdépendance qui existe entre les professionnels libéraux et les autorités publiques, les autorités dépendant de l'adhésion des professionnels et les professionnels dépendant des autorités pour obtenir des financements. Si bien qu'une partie accepte de rendre des comptes, et accepte les contraintes puisque le fonctionnement en MSP reste particulièrement attractif et bénéficie de nombreux avantages (Moyal, 2019). C'est notamment ce qui transparaît dans les propos de cette infirmière coordinatrice : « *La CPAM nous a imposé un formalisme, il fallait qu'on mette des cases et que ce soit facile pour eux. Donc ce travail a été très chronophage mais finalement la protocolisation on s'est rendu compte que ça pouvait simplifier, lorsque les messages sont clairs.* » (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP).

L'autre outil particulièrement utilisé dans le cadre des actions de santé publique est l'appel à projets. Les ARS sont les institutions qui y ont principalement recours, mais il arrive également que l'Assurance Maladie se saisisse de cet outil. D'autres organisations, comme la Fondation de France ou encore les mutuelles lancent des appels à projets sur diverses thématiques. Ce mode de financement permet aux MSP d'acquérir des fonds complémentaires en sus de l'enveloppe ACI, lorsqu'ils en bénéficient, et d'ainsi monter des projets de santé publique. Pour autant, la remise de ces fonds est conditionnée à la réunion de certains critères et la réalisation d'une évaluation. Les équipes ne sont également pas libres dans le choix de la thématique qui est celle imposée par le financeur.

## 2. Une représentation et un accompagnement des professionnels en exercice coordonné : AVECsanté et les fédérations régionales

Il n'est pas toujours évident pour les professionnels libéraux de se repérer parmi les différentes institutions ainsi que les différentes procédures et instruments de politiques publiques décrits ci-dessus pour développer une MSP. Aussi, trois médecins généralistes<sup>4</sup> ont fondé en 2006 la Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS) qui est devenue en 2019 Avenir des équipes coordonnées – Santé, dit « AVECsanté » afin d'inclure les équipes de soins primaires ainsi que les communautés professionnelles territoriales de Santé (CPTS). Outre ces structures d'exercice pluriprofessionnel coordonné, l'association compte parmi ses membres les 15 fédérations régionales. Certaines de ces fédérations existaient avant la création d'AVECsanté, d'autres ont vu le jour suite à l'impulsion nationale de sorte qu'elles se distinguent historiquement et ont des missions variées. AVECsanté se positionne comme « la fédération des fédérations » et interagit avec les tutelles ARS et Assurance Maladie en tant « qu'organe de négociation », elle joue « un rôle d'autant plus important que l'offre de santé est fragmentée, elle parvient à sortir d'une logique top-down » (Vezinat, 2020 p.89). AVECsanté et les fédérations régionales jouent alors un rôle de traducteur des politiques publiques aux acteurs de terrain d'une part, et un rôle d'informateur en remontant les expériences du terrain aux institutions pour améliorer l'accompagnement vers la structuration en exercice pluriprofessionnel coordonné. En plus des missions de représentation, la fédération nationale organise régulièrement des webinaires sur diverses thématiques et élabore des projets clés en main en matière de PPS. Deux projets ont vu le jour autour du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB), l'un sur le tabac « Bref j'arrête de fumer », et l'autre sur l'alcool « L'alcool ici on en parle ». Ce dernier est toujours en cours.

Les fédérations régionales ont une mission particulière, celle de réaliser des actions de facilitation. Ces dernières ont été amorcées et structurées autour du mouvement MSP Qualité

---

<sup>4</sup> François Michel, Michel Serin et Pierre De Haas

(Bourgeois, 2019). La facilitation est une méthodologie d'accompagnement qui met en relation un « facilitateur », c'est-à-dire un professionnel de santé ou coordinateur lui-même issu d'une ESP ou MSP qui a été formé, avec des professionnels dits en exercice isolé intéressés par l'exercice coordonné ou bien avec une équipe déjà constituée (ESP ou MSP). Le facilitateur peut alors apporter un soutien et réaliser un retour d'expériences à l'équipe tout au long du projet. Il s'agit d'une posture privilégiant une approche permettant à son interlocuteur de trouver lui-même la ou les solutions à son problème.

### 3. Une formation pour professionnaliser et valoriser le métier de coordinateur

Pour soutenir le développement de la coordination au sein des MSP et la professionnalisation de cette fonction, un « dispositif d'appui aux équipes de soins primaires » a été créé en 2014 par une coalition d'acteurs publics dont la Haute Autorité de Santé (HAS) et de professionnels de santé. Il s'agit de la formation « PACTE » pour « programme d'amélioration continue du travail en équipe en soins primaires ». Cette formation a été conçue au niveau national mais est organisée à l'échelon régional grâce aux fédérations régionales (Schweyer, 2019). Les objectifs pour les apprenants sont de renforcer leurs compétences en termes de conduite du changement, de gestion de projet, d'animation d'équipe, de gestion juridique et financier et de démarches qualités. Il s'agit également de mettre en perspective, à travers une approche de santé publique, l'organisation des regroupements pluriprofessionnels au regard des évolutions du système de santé et des enjeux en termes de responsabilité populationnelle, de respect des droits des patients et d'optimisation des parcours. Les coordinatrices participantes, déjà intégrées à une équipe suivent des enseignements en *e-learning* et assistent à trois séminaires par an en présentiel animés par des « animateurs relais » dans chacune des régions.<sup>5</sup> Entre chacun des séminaires, elles sont censées mettre en œuvre l'ensemble des outils et techniques enseignés. Pour obtenir, le diplôme, les coordinatrices doivent en outre rédiger un « mémoire » de 10 à 20 pages qui s'apparente davantage à un rapport dans lequel les participantes sont invitées à faire une analyse critique de leurs pratiques.

Finalement, les travaux menés par Laude, Michel et Schweyer ont montré que « la formation PACTE a été investie par les coordinatrices comme un espace de socialisation professionnelle (avec échange de pratiques) et de renforcement identitaire (l'attente d'identité et de légitimité était plus partagée que la quête de qualification) »(Laude et al., 2018 p.93).

---

<sup>5</sup> En Bretagne, chaque séminaire dure 2 jours (entre 8h30 et 8h par jour). Les thématiques sont les suivantes : pour le séminaire 1 : « Le coordinateur : posture, missions et rôle au sein de l'équipe », pour le séminaire 2 : « Comprendre les enjeux de la dynamique d'équipe (freins et leviers à la dynamique d'équipe + outils d'animation d'équipe) », et enfin pour le séminaire 3 : « Maîtriser la notion de projet. » Un séminaire complémentaire a été rajouté en Bretagne pour répondre aux besoins des apprenants qui porte sur la gestion de structure (gestion budgétaire, SISA)

## C. Le développement de l'exercice coordonné et de la prévention promotion de la santé en Bretagne

### 1. Le développement des MSP et de la prévention promotion de la santé au cœur de la politique régionale bretonne

Le développement de l'exercice coordonné ainsi que de la PPS est au cœur de la politique régionale bretonne : à tous les niveaux du schéma régional de santé (SRS) nous retrouvons les enjeux qui y sont liés.

La deuxième ligne du SRS est intitulée « garantir l'accès à une offre de santé adaptée au plus près du domicile », aussi, l'un des axes est d'« accompagner les évolutions organisationnelles des professionnels de santé pour améliorer la réponse de proximité ». Le premier chantier consiste alors à « accompagner le développement des exercices coordonnés pluri professionnels en soins primaires » (ARS Bretagne, 2018). Au 28 juin 2021, l'ARS Bretagne dénombrait 131 MSP dont 60 étaient signataires de l'ACI, ce qui place la Bretagne parmi les régions où le maillage en MSP est le plus dense (Chevallard, 2020). Ce résultat est le fruit d'un accompagnement multi-niveau des professionnels de santé. Le soutien est gradué dans le temps avec une première phase de fédération des professionnels autour d'un projet d'exercice coordonné et la création d'une association. Cette première phase de rencontre entre professionnels d'un même territoire sera déterminante pour la suite notamment pour la rédaction du projet de santé de la future MSP, mais surtout son appropriation. Ce travail de mise en relation peut être soutenu en Bretagne par l'association des Groupes d'Exercice COordonné Libéraux (GECO Lib') soutenue par les Unions Régionales des Professions de Santé de Bretagne (URPS) et l'association des Equipes de Soins et d'ORganisation Territoriale (ESSORT). Une fois fédérés, les professionnels peuvent bénéficier d'une aide financière pour se faire accompagner par un cabinet de conseil référencé par l'ARS afin de rédiger le projet de santé qui répond au cahier des charges de l'institution. Autrement, ils peuvent faire le choix de l'élaborer eux-mêmes. L'écriture du projet de santé dure au moins six. Pour obtenir le label MSP, le projet de santé doit être validé par la Cellule d'Appui Régionale aux Projets d'Exercices Coordonnés (CARPEC), composée de représentants de l'ARS Bretagne et de ses partenaires (URPS, ESSORT, GECO Lib', Assurance Maladie, Conseil Régional). Ensuite, pour les premiers mois de mise en œuvre du projet, l'ARS prévoit une aide. Pour autant, pour bénéficier d'une rémunération annuelle pérenne, les équipes sont invitées à contractualiser avec l'Assurance Maladie. Elles doivent donc satisfaire les critères précédemment présentés. Concernant l'axe « l'appui d'un système d'information partagé », un cabinet de conseil mandaté par l'ARS peut se rendre dans les équipes pour les aider à choisir et mettre en place le système d'information partagé (*Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle, s. d.*).



Comme dit précédemment, le volet immobilier est du ressort des collectivités territoriales. Les processus de financement ne sont pas harmonisés. Bien souvent c'est l'aspect immobiliser qui cristallise le développement des MSP car il demande aux équipes une énergie et un temps considérables.

La politique actuelle d'accompagnement des pouvoirs publics en matière d'exercice coordonné manque encore de clarté et des lacunes existent. Si la théorie prévoit un temps de fédération, sur le terrain nous observons que les équipes s'engagent trop rapidement dans la rédaction du projet de santé sans s'être questionnées sur le sens de la démarche rendant sa mise en œuvre houleuse.

Le second chantier du projet régional de santé vise à « développer la prévention et la promotion de la santé dans les pratiques des professionnels de proximité ». Pour ce faire, la schéma régional de santé indique qu'il faut : former les professionnels de santé pour qu'ils acquièrent les compétences et connaissances liées aux principes d'intervention dans le champ de la PPS (formation au RPIB, formation ETP...), introduire la PPS dans les projets de santé, adapter la politique d'appel à projets, appuyer le médecin traitant dans les activités de prévention et enfin valoriser l'activité de prévention (ARS Bretagne, 2018). Pour favoriser la mise en œuvre de ces mesures, l'ARS Bretagne finance un pôle de ressources en promotion de la santé qui est coordonné par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Bretagne.

## 2. D'importants besoins en termes de prévention et promotion de la santé

La Bretagne se caractérise par une population vieillissante par rapport au niveau national (10,6% des bretons ont 75ans et + en 2019 contre 9,6% au national) et un taux de mortalité prématurée avant 65 ans plus élevé que la moyenne nationale. Les indicateurs de santé sont défavorables en particulier en matière de santé mentale et d'addictions<sup>6</sup> (ARS Bretagne, 2020). Parallèlement, d'importants enjeux existent en termes de précarité de l'emploi, en particulier chez les jeunes adultes (de 15 à 24 ans). Plus d'un jeune actif Breton de 15-24 ans sur cinq est au chômage et plus de la moitié ayant un poste sont en emploi précaire.

Par conséquent, les priorités actuelles en matière de prévention sont les suivantes : santé mentale, addictions, vie affective et sexuelle, nutrition et activité physique, environnement, précarité. (ARS Bretagne, s. d.)

---

<sup>6</sup> Un taux standardisé de mortalité par suicide de 22 pour 100000 habitants (13,9 en France) ; un taux standardisé de personnes prises en charge pour des maladies psychiatriques de 4 586 pour 100 000 habitants (3 618 en France) et un taux standardisé de mortalité prématurée pour les 3 causes les plus directement liées à l'alcool de 20,9 pour 100000 habitants (15,5 en France).

### 3. Des acteurs multiples aux missions variées

Concernant le champ des soins primaires et celui de la PPS, les acteurs en présence sur le territoire breton sont divers. Tout d'abord, nous retrouvons les acteurs institutionnels : ARS et Assurance Maladie, laquelle se subdivise à l'échelle départementale en Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Toutes deux assurent le pilotage de la politique de développement d'exercice coordonné. L'ARS se charge davantage de la structuration en ESP et MSP en veillant au respect du cahier des charges et en proposant aux équipes certaines aides. L'Assurance Maladie assure la rémunération des professionnels en exercice coordonné au travers de l'ACI. Concernant le champ de la PPS, les CPAM offrent aux équipes des opportunités pour mener des projets en la matière, à titre d'exemple elles soutiennent chaque année la mise en œuvre du Mois Sans Tabac dans les MSP. L'ARS est également un financeur clé pour les formations et actions relatives à la PPS. S'agissant des relations entre les deux institutions, et celles avec les acteurs de terrain nous pouvons constater qu'elles varient d'un département à l'autre. Selon le territoire, les deux pilotes communiquent et se coordonnent plus ou moins efficacement, ce qui peut être perçu soit comme un frein, soit comme un levier pour les équipes. Des acteurs associatifs comme ESSORT sont alors là pour créer davantage de lien, et tenter d'uniformiser les relations et les dispositifs d'accompagnement.

Les collectivités territoriales et le Conseil Régional participent également à l'essor des MSP en soutenant financièrement les professionnels sur le volet immobilier principalement.

Parmi les acteurs associatifs du champ des soins primaires nous retrouvons les URPS qui assurent une représentation pour chacune des professions de santé ainsi que les associations Gecolib' et ESSORT. Soutenu par les URPS, Gécolib' fut le premier acteur sur le territoire breton à aider les professionnels de santé dans le développement de MSP. Deux membres fondateurs de cette structure ont ensuite créé l'association ESSORT, cette fois-ci indépendante des URPS qui a rejoint le mouvement d'AVECsanté. Ces deux associations réalisent des facilitations, et offrent un accompagnement similaire aux équipes. En pratique, leur financement les distingue, Gécolib' étant financé par les URPS, et ESSORT par l'ARS grâce à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les deux associations sont toutefois intégrées de la même manière aux discussions avec les institutions concernant le développement des MSP. Sur le terrain, les équipes peuvent donc faire le choix d'adhérer à l'une ou l'autre des associations voire les deux. Malgré ce doublon dans l'offre d'accompagnement à la structuration en MSP, une confusion au sein des professionnels de santé ne semble pas exister.

Dans le champ de la PPS, nous retrouvons les acteurs associatifs tels que l'IREPS Bretagne qui est un partenaire de l'ARS, Liberté couleurs ou encore des associations relatives à chaque thématique comme la Ligue contre le cancer, Addiction France... Ces acteurs peuvent être d'importants partenaires aux acteurs des soins primaires afin de co-développer des actions de PPS.

Des acteurs privés comme les cabinets de conseils font également partie du paysage, ils sont surtout mobilisés sur le volet exercice coordonné pour accompagner les équipes dans la rédaction du projet de santé.

Enfin, nous retrouvons les professionnels de santé et coordinatrices qui évoluent dans cet environnement.

Les évolutions épidémiologiques, économiques et sociétales ont conduit les pouvoirs publics à réformer les soins primaires. Les MSP représentent alors un modèle d'organisation capable de répondre à certains défis et notamment celui du rééquilibrage entre le curatif et le préventif. Aussi, les politiques publiques mises en œuvre au national et en région démontrent les attentes fortes en matière de PPS à l'égard des MSP. Pour accompagner ce changement, qui induit des bouleversements dans la pratique des professionnels de santé, des incitatifs et outils ont pu être mis en place par les pouvoirs publics et les acteurs concernés. Il est désormais intéressant d'analyser si en pratique, les acteurs de terrain parviennent à intégrer des actions de PPS dans leurs pratiques et étudier les freins et leviers associés.

## II. Les dynamiques de projets de prévention et promotion de la santé en MSP

À l'origine des MSP, nous retrouvons parfois une appétence des professionnels de santé pour la PPS. Ces derniers souhaitent alors se coordonner pour mener des actions conjointes promotrices de santé. (A) Pour assurer la mise en œuvre de tels projets, des instruments de financement ont été élaborés. Selon l'instrument choisi, la dynamique du projet sera différente (B). De même, la maîtrise de la méthodologie et l'appropriation du projet par les professionnels de santé détermineront la dynamique de celui-ci. (C). La maturité de la MSP ainsi que l'identification d'un leader et d'une coordinatrice sont autant de facteurs qui assurent le maintien de la dynamique. La coordinatrice, en particulier occupe une place centrale dans les projets PPS (D).

### A. A la création des MSP, une appétence pour les actions de promotion de la santé

Dans sa thèse, Cécile Fournier a mis en lumière la place que prenait la prévention au sein des MSP. Tout d'abord, les approches préventives et éducatives représentent « un promoteur de la démarche pluriprofessionnelle » (Fournier, 2015). Les thématiques préventives transversales permettent d'engager une dynamique de regroupement et de nourrir l'écriture du projet de santé. La prévention est alors « engageante » dans le sens où elle offre aux professionnels des « terrains neutres ou externes comme l'ETP pour pouvoir répondre collectivement à des situations de rupture de prise en charge ». Les thématiques de PPS sont variées et n'impliquent pas les professionnels de la même façon. Cela va de la simple délégation médecin-infirmière dans le cadre de la vaccination par exemple à la mobilisation de l'ensemble des professionnels de la MSP et d'autres acteurs du territoire dans le cas des dépistages des cancers. Autre constat, les paramédicaux et notamment diététiciennes, orthophonistes et infirmières semblent porter davantage ces actions (Fournier, 2015).

Les observations réalisées corroborent ces constats. En effet, lors d'une rencontre<sup>7</sup> réunissant l'ARS, l'Assurance Maladie, ESSORT et des professionnels de santé désireux de constituer une MSP, ces derniers ont à plusieurs reprises exprimé leur volonté de mettre en place des actions de santé publique. Parmi les professionnels parties au projet de MSP, certains sont déjà formés à l'ETP et sont intéressés par la thématique des addictions. Le médecin généraliste s'interrogeait donc sur la place accordée à ces actions dans le futur projet de santé. Bien que la motivation première au regroupement de ces professionnels fût de rendre plus attractif le territoire pour attirer de nouveaux médecins

---

<sup>7</sup> L'objectif de cette réunion était de faire un point sur l'avancement d'un projet de MSP réunissant près de 15 professionnels de santé dans le département d'Ille et Vilaine.

généralistes, la motivation secondaire était bien la mise en œuvre de démarches préventives et éducatives communes. De même, la volonté de mettre en œuvre des projets d'ETP sur le territoire a été le point de départ de la structuration en MSP d'un groupe de professionnels rencontré « *Nous ce qui nous a mobilisé ce n'est pas de construire une maison de santé ensemble, c'est de partir sur des projets et donc très vite on a essayé de répondre au premier appel à projets sorti en 2015 sur l'ETP* » (Entretien n°2, diététicienne et coordinatrice de 2 MSP). Pour la coordinatrice et diététicienne de cette MSP, la PPS « *c'est un peu notre point fort et notre leitmotiv* ».

Nos observations de terrain ont montré que de nombreuses équipes comptaient parmi elles des personnes formées à l'ETP ou titulaires d'un diplôme universitaire (DU) comme des DU en addictologie. Ces formations permettent aux professionnels d'acquérir la posture adéquate pour une approche globale et orientée sur le patient. Ils acquièrent également les connaissances techniques nécessaires à certaines interventions comme la prescription de substituts nicotiques dans le cadre de la prévention du tabagisme. Ces connaissances permettent de lever certains freins, et faciliter le travail des professionnels. « *C'est beaucoup plus confortable avec le DU, je suis beaucoup à l'aise sur les substituts, sur ce qu'est l'addiction, les poly addictions* ». (Entretien n°3, infirmier et leader d'1 MSP). Pour certaines coordinatrices, des programmes d'ETP comme ceux en lien avec le diabète sont un bon moyen de mettre en place une action pluriprofessionnelle au sein d'une équipe.

Pour mener à bien l'ensemble de ces actions, les MSP doivent alors trouver un financement adéquat, plusieurs options s'offrent alors à elles.

## B. Des instruments de financement pour assurer le fonctionnement des MSP et la mise en place d'actions promotrices de santé

Réaliser des projets au sein d'une MSP, et notamment des actions promotrices de santé implique nécessairement des coûts liés à la coordination, à la rémunération des professionnels ou encore aux ressources matérielles. Pour couvrir ces frais, nous avons vu que divers instruments de financement ont été élaborés. Chacun présente des avantages et des inconvénients auxquels doivent se confronter les équipes et en particulier les coordinatrices.

### 1. Le financement des projets grâce aux ACI : entre liberté et contrainte

Les financements perçus grâce à l'ACI par les MSP constituées en SISA leur permettent de mettre en œuvre des actions de PPS. Ce mode de financement a l'avantage principal d'accorder une grande liberté aux professionnels dans la conception et la mise en œuvre de leurs actions. « *Il n'y a que les contraintes que nous nous mettons nous. On a cette liberté !* » (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP). Les ACI permettent de débloquer rapidement des fonds et d'éviter les comptes à rendre aux institutions ou autres financeurs. « *Après je pense aussi qu'avec le recul nos budgets ACI*

sont là quand même pour nos actions et qu'il ne faut pas toujours se mettre à la course avec des dossiers, des contraintes et que peut être on peut dégager, allez ... 4000 euros ! » (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP). Les fonds ACI sont identifiés comme un facteur facilitant le développement de projets : « Sinon les éléments facilitants qu'est-ce que je dirais...? Le fait qu'on ait eu des sous, le financement ACI, on a pu financer des choses sympas quand même! » (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2MSP). Les équipes doivent s'accorder sur la somme à allouer au projet puis assurer un suivi budgétaire adéquat. Or budgétiser un projet n'est pas chose aisée pour les coordinatrices rencontrées qui peinent à identifier l'ensemble des dépenses. En particulier, évaluer le temps de coordination nécessaire et y associer un budget peut faire naître des tensions dans les équipes lorsque les professionnels de santé ne se rendent pas compte de l'ampleur du travail de la coordinatrice. Ensuite, bien que ces fonds permettent aux équipes de se lancer dans des actions de PPS, il n'en reste pas moins que le financement des actions de prévention dans le cadre de l'ACI reste encore trop faible, « peau de chagrin » pour reprendre les mots du président d'AVECsanté, Pascal Gendry.<sup>8</sup> En outre, la liberté appréciée par les équipes a pour corolaire l'élaboration et la mise en œuvre de projets qui manquent parfois de rigueur notamment en ce qui concerne l'évaluation. En effet, n'ayant aucune exigence en la matière, cette étape est donc survolée voire absente.

Pour finir, il faut souligner que la majorité des MSP du territoire breton n'a pas signé les ACI en raison de la complexité des indicateurs exigés par l'Assurance Maladie. Pour satisfaire les exigences de l'institution, cela peut prendre du temps à la MSP : de quelques mois à quelques années. Durant toute cette période, les temps de coordination nécessaires à la conception d'un projet ne sont pas indemnisés, il arrive donc bien souvent que les coordinatrices et professionnels de santé travaillent bénévolement. L'absence de financement dans ce cas peut alors constituer un frein majeur au développement d'actions de PPS.

## 2. Le financement des projets clés en main : un dispositif limité

Les projets dits « clés en main » proposés par AVECsanté et soutenus par ESSORT offrent la possibilité aux MSP participantes de mettre en place un projet de PPS sans se soucier de sa phase de conception. En principe, elles n'ont pas à se soucier non plus de répondre à un quelconque appel à projet pour obtenir des financements puisqu'elles perçoivent de la part d'AVECsanté une enveloppe leur permettant principalement d'indemniser le supplément de travail lié à la collecte de données et aux réunions de coordination. Jusqu'ici deux projets clés en main ont été proposés autour du RPIB : les projets « Bref j'arrête de fumer » et « L'alcool ici on en parle ». Pour le projet tabac, chaque équipe a

---

<sup>8</sup> Lors d'une réunion dans le cadre du comité de pilotage du projet « Bref j'arrête de fumer », Pascal Gendry, le président d'AVEC santé, a mis en lumière l'enjeu du financement des actions de prévention en MSP. La place de la prévention est encore trop faible comme en démontre le caractère optionnel et non obligatoire des indicateurs de santé publique.

perçu 100euros par mois durant 18 mois, soit 1800 euros. Non négligeable, cette somme reste toutefois faible au regard du temps de travail effectué par les professionnels. C'est pourquoi lors du second projet relatif à l'alcool les financements ont été revus à la hausse : 5 600 euros par équipe pour une implication de deux ans dans le projet. Outre cette compensation financière, les équipes bénéficient gratuitement d'une boîte à outils collaborative et libre de droits via un intranet dédié. Pour compléter les outils à destination des professionnels, ESSORT avait répondu à un appel à projet auprès de l'ARS Bretagne afin de doter les équipes bretonnes de CO testeur pour mesurer l'intoxication au monoxyde de carbone des patients fumeurs. Les équipes avaient fortement apprécié cette initiative de même que les patients.

Un bémol quant aux projets clés en main avait été relevé : le premier projet clé en main tabac ne proposait pas de formation aux professionnels impliqués et aucun financement n'était dédié pour qu'ils se forment de leur côté. Certaines fédérations régionales, et notamment ESSORT en Bretagne ont donc pris l'initiative d'organiser une formation à la prescription de substituts nicotiques qui était financée grâce au développement professionnel continu (DPC). La limite à ceci restait qu'il ne fallait pas avoir épuisé ses crédits en matière de DPC. Pour le projet alcool, une formation au RPIB dispensée par Addiction France a donc été intégrée dès le début au projet et est financée par AVECSanté. Une partie des financements perçus par la MSP est également dédiée à indemniser le temps passé à cette formation par les professionnels.

Les financements accordés dans le cadre des projets clés en main s'accompagnent donc d'une contrepartie : remplir les données exigées par AVECSanté pour réaliser l'évaluation du projet. Enfin, ces financements n'étant pas pérennes, les équipes doivent alors trouver à l'issue du projet une nouvelle source de financement s'ils veulent poursuivre la démarche.

### 3. Le financement grâce aux appels à projet : un dispositif en décalage avec les besoins du terrain

Les appels à projets ont pour principal avantage d'accorder aux équipes retenues une enveloppe généreuse permettant de mettre en place des projets ambitieux. En Bretagne, les CPAM et l'ARS sont des financeurs clés en matière de PPS. Les premières, proposent chaque année un appel à projet dans le cadre du « Mois sans tabac ». En juin dernier, elles ont également lancé trois appels à projets distincts sur les thématiques suivantes : dépistage des cancers, vaccination grippe et Covid19 et santé sexuelle. L'ARS Bretagne lance ponctuellement des appels à projets PPS ouverts à tout type de structure. Par ailleurs, elle a dédié pour la première fois en 2019 un appel à projet PPS aux professionnels de santé libéraux structurés en exercice coordonné<sup>9</sup>(ARS Bretagne, 2019). En raison de

---

<sup>9</sup> Les projets devaient porter prioritairement sur l'une des trois thématiques suivantes : conduites addictives (alcool, tabac, drogues, addiction sans produit, nutrition, activité physique. Une autre thématique de PPS pouvait

la crise sanitaire, il n'avait pas été reconduit pour 2020, mais l'a été pour 2021. (ARS Bretagne, 2021). Si les offres ne manquent pas, le chemin pour accéder à ces précieux fonds est semé d'embûches pour les professionnels, même rôdés à l'exercice.

En effet, la première difficulté observée est celle du délai de réponse. Allant de quelques mois à quelques semaines, ces délais sont aux yeux des professionnels interrogés trop courts et ne sont pas en adéquation avec l'énergie et le temps requis pour écrire un projet répondant aux exigences des institutions. L'exemple des trois appels à projets lancés par la CPAM en juin dernier a été repris par l'ensemble des professionnels interrogés qui ont fait part de leur agacement. Les CPAM des départements bretons ont publié les cahiers des charges des trois appels à projet le 1<sup>er</sup> juin et exigeaient une date de réponse pour le 23 juin. Cette brève échéance a fait bondir l'ensemble des coordinatrices et professionnels de santé à qui les informations ont été relayées. Dans les discours, nous percevons la crispation des professionnels qui souhaiteraient, d'une part, une évolution en se regroupant pour écrire à l'instance en question mais qui, d'autre part, restent dépendants de ces financements. *« Non mais la CPAM, qu'est-ce qu'ils ont en tête ? Je viens de lancer la fronde des coordos, en fait il faut qu'on réagisse. (...) Je serais d'avis d'écrire une lettre quitte à demander une réunion avec la caisse régionale d'assurance maladie pour leur expliquer pourquoi c'est pas possible de nous envoyer des appels à projets en réponse 20 jours et comment faire (...) Ils mériteraient qu'on leur réponde pas et qu'on leur envoie notre réponse tous le 10 juillet. Mais bon on va faire un courrier, on va gentiment répondre, gentiment se speeder comme des tarés et voilà parce que finalement ça nous finance des projets et c'est bien »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). Pour autant, les remontrances des professionnels ne sont pas nouvelles, et celles passées ne semblent pas être toujours entendues créant une certaine incompréhension. *« Le gros problème de cette année c'est qu'on nous a envoyé un appel à projet il fallait répondre dans les vingt jours quoi. Donc nous on a gueulé l'an dernier en disant qu'ils envoient trop tard et là ils nous envoient ça il faut répondre dans les 20 jours donc c'est du délire quoi »* (Entretien n°3, infirmier et leader d'1 MSP).

Les délais très courts impliquent pour la coordinatrice en charge de la réponse de réfléchir parfois seule à un projet, d'en dessiner les contours sans avoir pu mobiliser les professionnels de santé qui seront pourtant ceux impliqués dans le projet. L'aspect pluriprofessionnel ne se retrouve donc pas toujours au moment de la conception de l'action. *« En termes de timing on a tellement peu le temps c'est trouvez-moi les idées, je me débrouille à répondre et à chercher de l'argent et après on prendra le temps ensemble si on a l'argent pour mobiliser tous ceux qui veulent se mobiliser. Je travaille peut-être à l'envers mais la réalité fait qu'on ne peut pas faire autrement »* (Entretien n°2, diététicienne et

---

être proposée dès lors qu'elle répondait à un besoin de santé identifié au niveau de la patientèle et/ou du territoire et qu'elle s'inscrivait en cohérence avec les priorités du projet régional de santé.



coordinatrice de 2 MSP). Pour cette coordinatrice, la réalité de terrain est qu'il n'est pas possible de réunir l'ensemble des professionnels pour réfléchir communément à un projet, cela nécessiterait des temps de réunions trop conséquents de surcroît non financés, au risque que le projet ne soit pas retenu. Pour elle « *c'est un moyen de démobiliser des équipes* ». Ce témoignage démontre bien l'effet presque pervers du dispositif actuel et des impacts néfastes qu'il peut avoir sur la dynamique des projets. En effet, l'intérêt même de mener des actions de PPS au sein d'une MSP est d'offrir à la population des actions promouvant une approche globale permise par l'implication de différentes professions dans le projet. Or, aujourd'hui le dilemme est le suivant : impliquer dès le début l'ensemble de ces professionnels au risque de les démobiliser à terme, ou bien les impliquer seulement *a posteriori*, au risque qu'ils ne se mobilisent pas du tout.

La deuxième difficulté liée aux appels à projets tient aux exigences des financeurs. Le langage institutionnel complique la lecture des cahiers des charges et les attendus ne sont pas toujours compris par les professionnels des MSP qui ne sont pas habitués à un tel exercice de formalisation. « *C'est chaud, parfois on se demande ce qu'ils nous demandent* » (Entretien n°3, infirmier et leader d'1 MSP). Nombreux sont les coordinateurs et/ou professionnels de santé qui ont essuyé des refus sans parfois en comprendre la raison. Un travail de traduction est donc à opérer pour faciliter la réponse aux appels à projets. Ce travail est réalisé soit directement par les institutions qui se rendent disponibles et accueillent les propositions d'évolution des professionnels, soit par ESSORT ou l'IREPS.

Enfin, lorsque les appels à projets ne sont pas dédiés aux équipes en exercice coordonné, les professionnels sont alors en quelque sorte mis en concurrence avec d'autres acteurs plus expérimentés en gestion de projet. Cela constitue une dernière difficulté. Des associations dont la mission principale est de mettre en œuvre des actions de PPS répondront sûrement plus aisément aux appels à projet dans la mesure où elles connaissent les « codes » du champ de la PPS et ceux des institutions.

Passée l'épreuve de la réponse à l'appel à projet, les équipes retenues, et en particulier les coordinatrices devront rendre des comptes aux financeurs. Ce moment quelque peu contraignant est perçu par les professionnels comme une formalité comme une autre où il faut « cocher des cases » et « bidouiller pour faire plaisir à la CPAM et l'ARS ».

Quel que soit le financement du projet, l'un des autres enjeux liés à l'élaboration et la mise en œuvre d'actions de PPS est celui de l'existence et du maintien d'une dynamique d'équipe et de projet.

## C. La dynamique complexe des projets de prévention et promotion de la santé

### 1. La gestion de projet : un travail aux facettes multiples et aux apprentissages nécessaires

#### a) Une maîtrise de la méthodologie fluctuante

Construire et mettre en œuvre des actions de PPS requiert des connaissances en matière de gestion de projet. Les professionnels de santé n'ayant pas été formés à cette méthodologie tentent tant bien que mal de se l'approprier. « *La gestion de projet en fait on nous apprend pas ça et on fait un peu comme on pense.* » (Entretien n°4 ancienne interne médecine général en SASPAS).

Si les professionnels de santé connaissent rarement les étapes d'un projet, les coordinatrices les maîtrisent en partie. Celles ayant suivi la formation PACTE ont eu des heures dédiées à ce sujet. Pour autant, nous pouvons observer que selon les coordinatrices, les étapes sont plus ou moins respectées ce qui affecte la dynamique du projet.

#### b) Un partiel état des lieux

L'état des lieux, autrement appelé la phase de diagnostic est un préalable fondamental à la construction d'un projet pertinent et efficace. En effet, il s'agit d'analyser des données générales et locales sur la population et le problème ciblé pour avoir une connaissance fine de la situation. Idéalement, il faudrait interroger les personnes concernées pour connaître leurs besoins et leurs attentes. En outre, cette première étape vise à recenser l'existant : les actions qui ont déjà été mises en place sur le territoire, les ressources nécessaires et disponibles ainsi que les partenaires potentiels. Pour recueillir l'ensemble de ces données divers outils sont nécessaires : entretien individuel, entretien collectif, questionnaire, recherche documentaire. Sans conteste, cette étape requiert non seulement un temps considérable mais également des compétences particulières : il faut savoir où et comment chercher de la bibliographie et maîtriser les méthodes quantitatives et qualitatives.

Par conséquent, il n'est pas sans surprise de constater que cette étape n'est pas toujours approfondie par les professionnels menant des projets en MSP. « *Il faudrait que je regarde un petit peu ce qui se fait ailleurs. Mais c'est pas si évident que ça d'aller trouver, fouiller...* » (Entretien n°1 coordinatrice indépendante de 2 MSP). Dans le cas du projet d'application « Santé ! Prévention Alcool », un important travail de bibliographie avait pu être fourni grâce à l'interne en médecine générale, qui, dans le cadre de sa thèse avait déjà recueilli de nombreuses données probantes. Sans la pleine mobilisation et la disponibilité de l'interne, un tel travail n'aurait pu être fait comme l'explique la coordinatrice et diététicienne également impliquée dans ce projet. « *Honnêtement, si j'avais répondu à l'appel à projet [sans l'interne en SASPAS], même avec deux trois aides dans l'équipe on*

*serait pas allé chercher de la biblio. On avait pas le temps ni les possibilités.* » (Entretien n°2, diététicienne et coordinatrice de 2 MSP).

En outre, la nature du financement de l'action semble impacter la réalisation du diagnostic. En effet, dans les réponses aux appels à projets, les financeurs demandent aux équipes de réaliser un diagnostic ce qui les invite à consulter de la bibliographie sur le sujet. *« Ça c'est notre vrai point faible, je pense que réellement quand on monte des projets on part trop tête baissée sur des choses et qu'on oublie de s'appuyer sur des biblios etc, après c'est vrai que là... à cette époque-là on n'avait jamais répondu à des vrais appels à projets. Du coup on n'avait jamais eu besoin d'aller faire des recherches biblios etc »* (Entretien n°1 coordinatrice indépendante de 2 MSP).

### c) Une définition limitée des priorités et des objectifs

L'étape de diagnostic doit permettre aux membres de l'équipe projet de définir des priorités et d'élaborer des objectifs généraux, secondaires et opérationnels. Les priorités doivent être à la croisée des besoins repérés par les professionnels, des attentes des personnes concernées et des ressources disponibles. Les objectifs quant à eux doivent être « SMART » : spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et inscrits dans une temporalité. Cette étape est au cœur de la méthodologie de projet, puisqu'elle permet aux membres du projet de se fixer un cap à atteindre et de faciliter l'établissement d'indicateurs pour l'évaluation. Le caractère SMART de ces objectifs est d'autant plus important qu'il doit permettre aux professionnels de rester motivés tout du long du projet et d'assurer une dynamique pérenne. Prendre un temps avec l'ensemble des partenaires impliqués pour discuter des priorités et des objectifs est un moyen d'apporter du sens au projet et de s'assurer que tout le monde s'accorde sur la direction à prendre.

Lors de la formation PACTE, les coordinatrices sont normalement initiées à cet aspect fondamental et ce depuis la première promotion il y a trois ans. Il est à noter que la formation a été renforcée sur ce point. *« Ça m'a permis de savoir qu'il faut définir des priorités mais à court terme et ne pas vouloir faire tout en même temps. Ça a été quelque chose de très intéressant car au départ, tout le monde est très enthousiaste, on veut faire pleins de choses et on peut très vite épuiser les équipes. »* (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP). Néanmoins, pour une coordinatrice, cet aspect n'était pas acquis lorsqu'elle a monté son premier projet de PPS relatif aux écrans. *« Je suivais la formation PACTE, mais malheureusement j'ai pas eu la même formation qu'ont eu ceux de cette année et à ce moment-là le côté objectifs et tout c'était pas clair pour moi. Donc on est rentré dans un projet sans avoir défini quel était notre objectif principal et nos objectifs secondaires. »* (Entretien n°1 coordinatrice indépendante de 2 MSP). Sauter l'étape des objectifs a mis en difficulté le projet qui durant près de quatre mois n'avancait pas. Pour recadrer le projet et fixer enfin des objectifs la

coordinatrice s'est référée à l'outil « SMART ». Ce cadrage a, de fait, débloqué le projet et relancé une dynamique au sein de l'équipe. Pour autant, malgré cette précédente expérience, la coordinatrice s'est de nouveau retrouvée confrontée à cette difficulté sur un nouveau projet relatif au cancer du sein porté avec trois autres MSP du territoire.

Pour une autre coordinatrice, bien que les objectifs ne soient pas toujours formulés explicitement, c'est l'expérience et les différentes formations suivies qui lui permettent de construire un projet répondant aux critères « SMART ». *« Le SMART est affiché en grand sur mon bureau. Après si tu veux, sans prétention aucune, pour le coup je crois que j'ai une approche assez SMART que j'ai appris avec le temps et c'est notamment dû au fait de ma formation à l'entretien motivationnel avec les patients. J'ai vraiment des ambitions atteignables je trouve de plus en plus »* (Entretien n°2, diététicienne et coordinatrice de 2 MSP).

Lors d'une journée dédiée aux coordinatrices bretonnes proposée par ESSORT sur la thématique des appels à projets en PPS, les participantes ne semblaient pas toutes aguerries en ce qui concerne la définition des objectifs, en particulier celles ayant un profil davantage administratif que gestion de projet.

#### d) Une faible utilisation des outils de planification et de gestion de projet

Divers outils peuvent être utilisés pour mener à bien les projets de PPS au sein des MSP. Certaines coordinatrices ont trouvé un moyen d'utiliser leur système d'information partagé pour gérer leurs projets et permettre à l'ensemble des professionnels de la MSP d'avoir accès aux informations et documents. D'autres recherchent encore l'outil adapté à leur équipe : *« Je suis encore entrain de chercher l'outil de gestion de projet qui me convient et qui convient pour travailler avec les équipes. Je trouve que c'est pas quelque chose de si simple que ça. Je suis en difficulté là-dessus »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). L'enjeu est celui de l'appropriation de l'outil choisi par les membres du projet. Si le logiciel Trello s'avère être l'outil de prédilection présenté lors de la formation PACTE, il reste peu mobilisé une fois introduit au sein de la MSP. *« Quel outil de gestion de projet... ? moi j'aime bien des outils qui puissent être pour tout le monde, si c'est des outils que je mets en place pour qu'ils soient partagés mais qu'enfait il n'y a que moi qui va dessus... Je pense à Trello. J'aime bien l'utiliser mais j'ai l'impression d'être très seule à l'utiliser. »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). L'outil de rétroplanning GANTT ne semble pas être utilisé *« pour moi c'est un gros mot GANTT vu comment on nous l'a amené à PACTE »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP).

#### e) Une variable organisation du travail

L'organisation du travail varie d'une MSP à une autre. Selon le nombre de personnes impliquées dans le projet, mais aussi selon les habitudes et les dynamiques d'équipes, le travail sera organisé de manière plus ou moins rigoureuse.

Le projet relatif aux écrans mené par l'une des MSP interrogée impliquait plus d'une dizaine de partenaires (collectivités territoriales, écoles maternelles et primaires, assistantes maternelles...) nécessitant une rigueur organisationnelle. Pour avancer rapidement sur chacune des actions à mettre en place la coordinatrice a créé des commissions pour chaque projet regroupant un petit nombre de personnes, la coordinatrice a fait le choix de ne prendre part à aucune de ces commissions mais d'assister à toutes uniquement dans le but d'assurer du lien entre chaque commission. Réunir des professionnels aux contraintes horaires variées fut l'une des principales difficultés. Une traçabilité a été assurée par la coordinatrice qui a pris le soin de rédiger un compte rendu à chacune des réunions.

À l'inverse, pour le projet d'application « Santé ! Prévention alcool » ou encore le projet « Bref j'arrête de fumer » on retrouve une organisation moins structurée, le nombre de professionnels impliqués étant moindre. Les temps d'échanges sur le projet se faisaient principalement de façon informelle et si besoin une réunion était planifiée. Le temps du midi est un temps particulièrement privilégié par les professionnels de santé qui peuvent de façon informelle s'informer sur l'avancée des projets et demander l'avis des personnes présentes. Le nom de l'application a d'ailleurs été décidé lors d'un déjeuner. *« On parlait de ça beaucoup pendant les temps de repas, pour solliciter l'avis des autres médecins etc. On a voté le nom en salle de pause le midi, « on » c'est les professionnels de santé qui étaient là ce jour-là si tu veux. On s'est retrouvé 8 à table. Bon vous voulez qu'on l'appelle comment ? Moi je pense ça, je pense ça et voilà ça a été décidé »* (Entretien n°2, diététicienne et coordinatrice de 2 MSP).

Dans le cas du projet inter-MSP relatif à la prévention du cancer du sein, des points réguliers sont organisés entre les coordinatrices et les référents du projet. Chaque binôme avance de son côté puis fait part des avancées lors du point inter-équipes. Pour autant, force est de constater que les référents professionnels de santé manquent souvent à l'appel et laissent les coordinatrices avancer sans eux.

#### f) Une évaluation des projets qui manque à l'appel

L'évaluation des projets reste l'une des étapes les plus souvent négligées par les équipes. Lors de la journée thématique sur les appels à projets en PPS organisée par ESSORT en partenariat avec l'IREPS, les coordinatrices présentes ont fait part de leurs lacunes en la matière. Tout d'abord, les finalités de l'évaluation sont parfois ignorées, du moins partiellement. Les coordinatrices ont pris conscience que l'élaboration des indicateurs se faisait quasi simultanément avec la fixation des

objectifs. Elles indiquaient se soucier de l'évaluation qu'à la toute fin du projet et ne songer qu'aux indicateurs de résultats, puisque ceux de processus étaient méconnus. Aussi, il n'était pas surprenant d'apprendre qu'aucune évaluation n'avait été prévue dans le cadre du projet « Grandir avec les écrans ». De même, pour le projet d'application « Santé ! Prévention alcool », bien qu'il ait été financé par un appel à projet nécessitant la production d'une évaluation, cette dernière n'a pas bien été pensée. Pour les coordinatrices de ces deux projets, il s'agit d'un point sur lequel elles doivent travailler qui est encore compliqué à mettre en œuvre, d'autant plus pour les coordinateurs professionnels de santé qui sont encore moins habitués à la gestion de projet. *« Ce n'est pas une mince affaire, c'est pas toujours facile tu vois alors je me mets à la place des coordos qui sont soignants, moi je viens quand même de la gestion de projet donc ceux qui viennent pas du tout de ça, ça doit être encore plus compliqué »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). *« Alors sur ce sujet on a pas tellement bien prévu l'histoire... Non mais là-dessus on est pas bon. (...) dans ma tête c'est encore pas assez naturel l'évaluation, c'est encore pas une évidence »*(Entretien n°2, diététicienne et coordinatrice de 2 MSP).

Lorsque l'évaluation est effectivement réalisée, dans le cadre des projets clés en main et dans la plupart des projets financés par appels à projets, l'exercice est perçu par les professionnels comme une pure contrainte chronophage. Ils ne perçoivent pas toujours son intérêt. *« À la fin on nous demande de faire des stats, de remplir un petit tableau sur chaque consultation. J'ai passé des heures sur le catamaran aux Antilles à faire ça, j'étais parti en vacances mais en fait c'est hyper long. (...) Chaque consultation on remplissait à la main et après il fallait mettre ça sur un tableau excel. De tout remettre sur excel j'ai dû passer au moins 5 à 6 heures »* (Entretien n°3, infirmier et leader d'1 MSP). Dans le cadre du projet clé en main, c'est d'ailleurs le temps de report des données nécessaires à l'évaluation qui constituait l'une des principales contraintes du projet. Un travail pédagogique doit être mené auprès des professionnels pour leur rappeler pourquoi l'évaluation est nécessaire, et pourquoi les institutions comme l'ARS demandent des comptes. En effet, l'enjeu de l'évaluation des projets est particulièrement important puisque sans évaluation, il n'est pas possible d'identifier les plus-values qu'apportent les actions de PPS menées par des MSP. Les enveloppes accordées aux projets de PPS sont généreuses, il est donc fondamental d'apporter aux pouvoirs publics une preuve de l'efficacité des actions.

## 2. L'appropriation du projet par les professionnels de santé : enjeu central de la dynamique de projet

### a) L'engagement : une étape déterminante de la dynamique de projet

Le degré d'engagement des professionnels de santé est le déterminant principal de la dynamique du projet. Plus l'appropriation sera grande, plus la dynamique s'inscrira dans la durée. C'est

lors de la phase initiale du projet que tout se joue. Dans le cadre des projets clés en main, il s'agit du moment où le projet est proposé à l'équipe, dans les autres cas il s'agit du moment où l'un des professionnels de la MSP fait part de son idée aux autres. L'appropriation se poursuit ensuite lors de la conception du projet. Pour faciliter cette étape, certaines coordinatrices de MSP ont formalisé une procédure. Au minimum, lorsqu'un professionnel a une idée de projet ce dernier complète une fiche sur laquelle il y inscrit les actions envisagées, le nom d'au minimum un référent et le budget nécessaire. *« Maintenant il y a un process de note de cadrage type dans laquelle : quelle est l'idée, qui serait le référent, quel financement etc, l'idée c'est que celui qui lance le projet ne vienne pas juste dire j'ai ce projet là et le balance comme un pavé dans la mare et après aux autres de se débrouiller mais que lui se soit questionné sur un certain nombre de points »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). Cette coordinatrice va ensuite plus loin, en demandant à tous les professionnels de la MSP à quel point ils souhaitent s'investir dans le projet selon une échelle allant de 0 à ++++ : *« C'est le fameux RACI que moi j'ai mis d'une manière plus visuelle »*.

La question de l'appropriation du projet par les professionnels de la MSP est d'autant plus prégnante dans les projets clés en main puisqu'ils ne sont pas à l'initiative du projet et n'ont pas contribué à sa construction. De fait, la motivation doit être questionnée. Pour l'une des coordinatrices ayant participé au projet *« Bref j'arrête de fumer »*, la première étape est d'identifier le nombre de professionnels minimum à impliquer au projet pour qu'il fonctionne. Ensuite, l'enjeu est de présenter en détail le projet pour s'assurer que les volontaires puissent s'engager en ayant conscience des attendus. *« Il faut après leur présenter plus précisément ce projet, savoir les tenants et aboutissants à quoi ils s'engagent car c'est important de définir l'engagement. Les objectifs, qu'est-ce qu'ils vont avoir, leur présenter les outils... Si les personnes après avec tout ça sont partantes, on dit pas oui pour changer d'avis quinze jours après. On ne force pas ça c'est très important. »* (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP).

Dans cette MSP bretonne, il y a donc eu une présentation complète et formelle du projet réalisée dans le cadre d'une réunion à destination de l'ensemble des professionnels de la MSP. À l'issue de cette réunion, 11 personnes se sont portées volontaires. Ensuite, avant le lancement du projet, des points réguliers collectifs et individuels avaient été organisés par la coordinatrice pour répondre aux éventuelles questions. Bien que deux professionnels aient abandonné le projet en chemin, les autres ont atteint leurs objectifs et sont à accompagner certains patients vers un sevrage tabagique.

L'évaluation du projet réalisée à l'échelle nationale a montré que ce travail initial déterminant pour la suite n'avait pas toujours été réalisé dans les autres MSP. Le projet était parfois présenté de manière informelle et de façon concise ayant pour conséquence un choix de participation plutôt individuelle que collective en tant qu'équipe. Ce temps d'appropriation ne sert pas uniquement à donner les détails techniques du projet, il sert surtout à discuter des objectifs du projet, et du sens que

chacun souhaite lui donner. C'est également le moment de définir le rôle de chacun et de définir une organisation commune (qui s'occupe du repérage, qui s'occupe de l'inclusion, qui s'occupe du suivi). L'une des conséquences de cette absence de temps d'appropriation a donc été la faible retombée en termes de pluriprofessionnalité. Finalement, dans de nombreuses équipes, les professionnels impliqués ne se parlaient pas entre eux. L'autre conséquence peut-être le retrait de l'équipe entière du projet. C'est ce qui s'est d'ailleurs passé dans le cadre du projet clé en main « L'alcool ici on en parle ». Une MSP bretonne s'était engagée pour participer sans avoir pris le temps d'analyser les tenants et les aboutissants du programme.

#### b) L'essoufflement de la dynamique de projet

Après la nécessaire étape de fédération et d'engagement, il faut maintenir la dynamique tout du long de projet ce qui représente une réelle difficulté pour les coordinatrices interrogées. En effet, nommer des référents ne suffit pas, il faut que ces derniers s'impliquent jusqu'au bout. Or, qu'il s'agisse de projets clés en main ou de projets conçus par les MSP, les coordinatrices constatent un désengagement progressif. Sans mentionner les effets de la crise sanitaire sur les projets qui ont été mis en pause, le désengagement progressif des soignants peut s'expliquer en partie par les contraintes de temps auxquelles ils sont confrontés. Participer à de tels projets requièrent des temps de travail considérables en sus de leurs consultations et des autres activités liées à l'exercice coordonné. Les projets de PPS ne sont pas les seuls de la MSP et l'exercice coordonné requiert des temps collectifs comme les RCP, les programmes ETP... *« Ils sont soignants, alors oui c'est intéressant tu pars dans une dynamique, t'as des sous... et puis au bout d'un moment bah ouais les pauvres médecins car ce sont eux qui restent ceux avec des épaules assez larges dans ce dossier là je trouve mais en fait ils passent leur vie dedans. (...) J'ai cette vraie problématique de me dire quand est ce que la bulle va exploser tu vois »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). Cette coordinatrice alerte sur le trop-plein vécu par les professionnels de santé qui consacrent un temps monumental aux activités autres que leurs consultations alors même que les MSP sont censées offrir un moyen de trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et prévenir l'épuisement professionnel.

Les conséquences de ce désengagement progressif des professionnels se reportent sur les coordinatrices qui ont le sentiment de porter seules les projets. *« J'ai porté beaucoup ... ils ont toujours des bonnes excuses « oh j'ai pas le temps » ou « je sais pas faire » ou « ça se connecte pas ». J'en ai qui l'ont fait sans problème mais j'ai tout de même la moitié qui m'a retransmis tout le travail de données à rentrer. »* (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice de MSP). Au-delà du fait d'avoir à porter seule le projet, la légitimité et le sens même du projet est remis en question, d'autant plus lorsque la coordinatrice n'est pas professionnelle de santé. Toute la pertinence du binôme référent-coordinatrice résulte dans le fait que la coordinatrice apporte ses compétences organisationnelles et que les



soignants apportent leurs compétences médicales et leur expérience patient. Pour cette coordinatrice, c'est la crédibilité du projet qui est remise en question lorsque les soignants se désinvestissent : « *Ils amènent des idées, des compétences et c'est ça qui me manquait en crédibilité, c'est qu'à la fin il y avait quasiment plus de soignants dans le projet* » (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP).

Les coordinatrices tentent alors de responsabiliser les professionnels de santé, tirant des leçons de leurs précédentes expériences. La coordinatrice de la MSP qui avait participé au « projet Bref j'arrête de fumer » et qui participe cette année au projet « L'alcool ici on en parle » a changé de procédé d'une année à l'autre. Lors du projet tabac, c'était elle qui re-transférait les informations aux membres du projet qui ne les lisaient pas. Cette année, elle s'est assurée que chacun reçoive les informations directement, elle les a prévenus et rappelle très régulièrement qu'ils doivent s'approprier ces informations autant qu'elle.

L'absence de formation ou du moins d'acculturation à la gestion de projet des professionnels de santé met donc en difficulté les coordinatrices qui doivent redoubler d'effort pour maintenir une dynamique de projet. « *Notre projet repose sur des gens dont c'est pas le métier. C'est compliqué (...) Pour moi les soignants c'est juste des soignants. Les inclure dans des projets c'est chouette mais ça demande à quelqu'un de bosser dix fois plus pour les garder dans ce projet-là. Tu dois les relancer tout le temps, tout le temps leur rappeler tout... et en soi c'est pas toujours simple et la difficulté des coordos vient de là. On est pas en difficulté dans nos quotidiens administratifs mais par rapport à nos équipes car t'envoies un mail ils répondent pas. On arrête pas de dire qu'on est censé ne pas être ceux qui portent mais il faut pas se voiler la face, ce sont les coordos qui portent, tout le temps, quasiment.* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP).

L'ensemble de ces éléments invitent à s'interroger sur les éléments qui permettent de maintenir la dynamique d'équipe, mais surtout questionne la place et rôle de la coordinatrice dans les projets.

#### D. Les déterminants du maintien de la dynamique de projet

##### 1. La maturité de la MSP : facteur favorable à la dynamique de projet qui s'inscrit dans une temporalité longue

Si les actions de prévention sont considérées comme un moteur puissant pour développer le travail pluriprofessionnel, il n'en reste pas moins que les équipes qui les mettent en œuvre ont un certain niveau de maturité. Le développement d'un travail pluriprofessionnel est un processus inscrit dans une temporalité longue. Les promoteurs de MSP rencontrés par Cécile Fournier estiment pour leur part à quatre ou cinq ans le délai minimum nécessaire à la construction et l'atteinte d'un premier équilibre et l'installation d'une routine de travail pluriprofessionnel (Fournier, 2015). Aussi, les actions

de santé publique, et en particulier les projets de PPS naissent bien souvent lorsque les équipes ont atteint ce point d'équilibre.

En effet, les MSP rencontrées ces derniers mois sont parmi les premières de la région Bretagne à avoir été reconnues comme telles, elles ont connu les nouveaux modes de rémunération puis le règlement arbitral et sont désormais signataires de l'ACI. Multi-sites, ces MSP comptent au moins une trentaine de professionnels de santé et une coordinatrice expérimentée ayant suivi la formation PACTE. Les actions de PPS mises en œuvre en leur sein s'inscrivent dans une logique de projet qui s'est développée au fil des années. En interrogeant une coordinatrice sur les leviers du projet qu'elle a mené, elle cite en tout premier « *L'équipe, des personnes spontanément motivées* » (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'une MSP). L'existence d'une véritable dynamique d'équipe est l'un des déterminants majeurs du bon fonctionnement d'un projet. Une telle dynamique ne naît pas du jour en lendemain, elle est le fruit d'un long travail, qui doit sans cesse être réactualisé et qui est porté majoritairement par les coordinatrices soutenues par les leaders

#### 1. Le rôle des leaders : un soutien à la coordinatrice

Nos observations de terrain ont montré que l'existence d'un binôme leader-coordinatrice était facteur de la dynamique d'équipe. Les leaders, dont les caractéristiques ont été présentées dans la première partie des travaux, joueraient un rôle clé dans l'impulsion de projets au sein de la MSP. Ils viennent en soutien aux coordinatrices, dont la légitimité et les activités dépendent de la considération qu'ils leur apportent. Une bonne relation entre ces deux acteurs et une juste considération du travail de la coordinatrice assurent une bonne articulation du leadership et management de la structure. Néanmoins, les coordinatrices interrogées dans le cadre des travaux de Laude, Michel et Schweyer jugent la relation au leader et la position à trouver entre lui l'équipe difficile (Laude et al., 2018).

Il arrive également qu'une équipe n'ait pas ou plus de leader identifié, de sorte que la coordinatrice se retrouve seule à porter les projets. Pour cette coordinatrice indépendante, le départ du leader dans l'une de ses équipes a affecté les dynamiques d'équipe et de projets : « *Le leadership est passé sur le bureau de manière écrite et officiellement moi j'ai perdu quelqu'un qui m'aidait à impulser et qui aime ça* » ; « *le bureau SISA est censé avoir le leadership en termes de projets. Mais en soi pour voir des équipes avec de vrais leaders, on voit bien que ce n'est quand même pas comme ça que ça fonctionne donc j'ai un souci dans mon équipe de manque d'un leader* » (Entretien n°1, Coordinatrice indépendante de 2 MSP).

Ces éléments soulignent le rôle central de la coordinatrice au sein des équipes, et dans les dynamiques de projets.

## 2. Les coordinatrices : une pièce maitresse dans la dynamique des projets

Pivot de la MSP, la coordinatrice joue un rôle essentiel dans les projets PPS. Elle entre en jeu dès les prémices du projet puisque c'est par elle que transitent les informations relatives aux appels à projets et programmes clés en main. Elle peut donc être à l'initiative de certains projets comme ce fut le cas par exemple dans une MSP où la coordinatrice intéressée par l'appel à projets mois sans tabac a lancé la dynamique : « *Je me suis dit si je lance pas le truc personne n'ira donc la première année c'est moi qui l'ai fait toute seule ce mois sans tabac, j'ai juste demandé aux médecins d'en parler à leurs patients mais personne n'était référent. Cette deuxième année j'ai deux référents* » (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). De plus, les coordinatrices répondent aux appels à projets.

Comme nous l'avons vu, c'est la coordinatrice qui assure l'organisation du projet, elle s'occupe également de l'animation des réunions ce qui requiert des compétences et techniques particulières et nécessitant de s'adapter au groupe. Il s'agit de mobiliser pour chaque type de réunion, la bonne technique d'animation afin de rendre les échanges pertinents et efficaces. Dans le cadre de la gestion d'un projet de PPS, il arrive que soient réunis un grand nombre de partenaires et il est important de structurer les idées. Certaines ont pu être confrontées à des difficultés. « *On a fait un brainstorming avec tous les partenaires qui étaient là. Mais ce n'était pas évident car on s'est rendu compte que les idées étaient hyper larges et qu'on avait défini des axes de travail à la fin de ça qui étaient des affiches, un forum théâtre, une conférence pour les pro, l'intervention dans les écoles. Finalement c'étaient plus des actions que des objectifs.* ». (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). La formation PACTE permet aux apprenantes d'acquérir certaines de ces techniques d'animation, mais pas assez pour répondre à leurs besoins. Certaines, suivent des formations complémentaires, mais toutes les MSP ne permettent pas aux coordinatrices de financer de telles formations. Elles apprennent alors sur le terrain ou lors des actions menées par ESSORT dans le cadre de la Communauté des coordinateurs.

En outre, les coordinatrices contribuent à développer le réseau de la MSP en créant divers partenariats avec les structures extérieures, elles assurent également le lien avec les institutions. Ce travail partenarial facilite ensuite le développement d'actions de PPS puisqu'il permet d'étendre les actions hors les murs de la MSP et d'ainsi toucher non plus seulement la patientèle mais la population du territoire. En ce sens, les MSP peuvent passer d'une prévention d'avantage individualisée à une prévention collective prônant une approche globale. La crise sanitaire a été l'occasion pour certaines de créer ou de renforcer les liens avec les structures médicales, sociales, et médico-sociales de leur territoire mais aussi avec les collectivités territoriales. De cette mise en réseau, des projets ont pu naître comme celui du projet inter-MSP relative au cancer du sein qui implique les communes de 4 MSP, les élus, et de nombreuses associations locales.

En somme, les missions de la coordinatrice sont multiples en ce qui concerne les projets PPS et viennent s'additionner avec celles liées au fonctionnement de la MSP (gestion administrative, animation de la coordination, relations avec les partenaires extérieures...). Cela ne pose pas de problème du moment que ces dernières sont clairement définies et que la répartition des tâches est explicite. Or, cette ambiguïté dans la fonction de coordination se retrouve dans de nombreuses MSP et la question dépasse celle du champ de la PPS. Le métier de coordinatrice est encore récent et il se définit chaque jour en un peu plus. Lors de la journée régionale des coordinatrices bretonnes organisée par ESSORT en juin dernier, il est ressorti que les équipes n'ont qu'une vague idée du travail de la coordinatrice mais aussi du temps qui y est associé.

En effet, un paradoxe peut être souligné. Les professionnels de santé assignent aux coordinatrices un nombre considérable de tâches et si certaines sont clairement inscrites dans la fiche de poste, d'autres leurs sont attribuées de façon implicite. Pour autant, les postes de coordination sont rarement à temps plein ce qui permet aux coordinatrices professionnelles de santé de poursuivre leur activité libérale par ailleurs et aux coordinatrices « de métier » d'accompagner plusieurs équipes. Il en ressort que les coordinatrices dépassent bien souvent les horaires qui sont attribués à la fonction de coordination. Devant s'occuper d'une multitude de projets différents et de la gestion administrative d'une ou plusieurs MSP, elles se retrouvent avec une importante charge de travail ne leur permettant pas toujours de s'impliquer comme elles le souhaiteraient affectant la dynamique des projets et de l'équipe. *« C'est notre problématique à beaucoup on est tellement noyé sous la charge de travail parce qu'on a plusieurs équipes, on est tellement noyé qu'on fait un peu tout à moitié »* (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). La charge de travail n'est pas toujours anticipée, et certaines coordinatrices par ailleurs professionnelles de santé prennent conscience par la suite du temps requis pour assurer la fonction de coordination. *« Je me rends compte que ça devient un travail... au début j'étais très étonnée quand j'étais à Rennes de voir que des personnes pouvaient faire ça à temps plein je ne comprenais pas, pourtant ils avaient des petites équipes et je les comprends maintenant. Mais il faut dire maintenant avec ce que l'on a mis en place je suis à plus que temps plein alors que j'ai deux jours par semaine. Je me rends compte que c'est très prenant »* (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP). Une pression et une importante responsabilité peut donc être ressenties par les coordinatrices encore plus en l'absence de leader pour soutenir la dynamique d'équipe. *« Il y a beaucoup de choses qui reposent sur nous. C'est comme ça dans beaucoup d'équipes il faut pas rêver. En gros les CPAM, les ARS, leurs appels à projet si on était pas là pour les diffuser et en parler à notre équipes et bah ils existeraient pas mais même je dirais regarde la journée régionale ESSORT, si jamais il y a du monde ça sera que grâce aux coordo. La réussite de cette journée repose sur les coordos, avec cette idée qu'on motive nos équipes sur des trucs donc en soi on prend la responsabilité de comment ça va se passer. On se met tout sur le dos. La charge mentale du coordo est un vrai sujet assez complexe »*

*qui fait qu'un projet peut cartonner comme un projet peut foirer et que ça peut n'être lié qu'au coordo quasiment. C'est pour ça que je prône des binômes de coordination car notamment comme des équipes comme la mienne où il y a pas de leader, moi je suis en solo. Quand moi j'ai une baisse de régime j'ai personne qui vient me dire allez on y va. » (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP.)*

Bien que la fonction de coordination tende à s'uniformiser et se professionnaliser, chaque coordinatrice a sa propre conception de son métier. Pour l'une des enquêtées, la coordinatrice n'est pas une cheffe de projet, elle considère que ce n'est pas à elle de porter les projets mais admet que poser le cadre et remotiver les professionnels de santé est de son ressort. Pour une autre il s'agit surtout de définir précisément avec l'équipe les missions de la coordinatrice. *« Ça se discute, si la coordinatrice accepte mais à ce moment il faudra considérer que c'est un travail à temps plein. Là sur 14heures par semaine je ne peux pas tout faire. J'ai dépassé ! Il faut être très vigilant là-dessus. C'est un choix après, c'est un choix de personne et c'est un choix d'équipe. Les deux sont possibles, si les professionnels considèrent qu'effectivement le tout le travail administratif et le travail relationnel, de partenariat vers l'extérieur est dans la fonction de coordination dans ce cas il faut mettre les heures en face. Il faut savoir à ce moment-là est ce qu'on fait des choix sur les projets et qu'on met des heures en plus... Ce sont des décisions d'équipe et des choix à faire. Et ça quand on part dans des projets comme ça, quand l'équipe est motivée automatiquement c'est du travail en plus »* (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP). Derrière cela, nous retrouvons un enjeu de rémunération important. Comme vu précédemment, les postes de coordinatrice sont rarement à plein temps de sorte que pour pouvoir gagner leur vie certaines coordinatrices multiplient les équipes. Celles qui ont pris récemment leurs fonctions sont souvent en quête d'actions à réaliser, dès lors on observe qu'elles effectuent un grand nombre de tâches qui pourraient, voire devraient selon certaines coordinatrices, être partagées avec les référents du projet. La coordinatrice indépendante enquêtée donnait l'exemple du projet inter MSP prévention cancer du sein pour lequel deux autres « jeunes » coordinatrices font *« tout... tout, tout tout ! »*, elle rappelait que lorsqu'elle débutait, elle aussi aurait été prête à assurer toutes ces missions car elle était encore très motivée et avait besoin de facturer. Depuis que son activité s'est stabilisée elle estime qu'elle n'a pas à fournir tout ce travail et qu'elle n'a pas à porter seule le projet. Cet enjeu de financement fait écho à la « certaine ambiguïté » et « fréquente précarité » qui caractérisent la fonction de coordination. François Xavier Schweyer expliquait à cet égard *« Quand des membres d'une équipe rappellent à la coordinatrice qu'ils doivent travailler plus pour payer sa fonction, ils lui signifient sa situation de dépendance et expriment de façon à peine voilée leur pouvoir de mettre fin à son travail »* (Schweyer, 2019). Outre l'absence de modèle de financement type et pérenne, les coordinatrices n'ont pas toujours un bureau dédié dans les structures, alors même qu'elles ont pour mission l'animation des équipes. Comment créer du lien entre les professionnels de santé à distance ? Leurs conditions de travail ne leur permettent donc pas toujours de mener à bien leurs missions.

Au vu de tous ces éléments, il ressort, que les coordinatrices auraient besoin d'un soutien accru pour pouvoir assurer l'ensemble de leurs missions. « *La coordination comme on veut nous la faire porter aujourd'hui c'est épuisant. Il va falloir apporter des outils aux coordos pour leur faciliter la vie sinon ils vont décrocher un à un.* » (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP). Le risque d'épuisement professionnel latent chez coordinatrices contraste à nouveau avec l'un des objectifs des MSP, celui de prévenir ces « *burn out* ».

L'analyse des dynamiques des projets de PPS mis en œuvre par les personnes enquêtées suggère que les activités de santé publique peuvent constituer un « facteur d'engagement » des professionnels dans l'exercice coordonné en MSP. Pour autant, mener ce type d'actions n'est pas aisé et requiert au préalable une dynamique d'équipe bien établie. Les projets PPS ne sont pas les seuls de la MSP, ils s'inscrivent dans l'ensemble des activités que réalisent les professionnels de santé, si bien que ces derniers peinent à s'engager pleinement et durablement. Ainsi, la dynamique des projets repose sur les coordinatrices qui rencontrent des difficultés. Par conséquent, si l'accompagnement d'une MSP suppose de soutenir l'ensemble de l'équipe, il s'avère qu'en pratique ce sont les coordinatrices qui doivent être accompagnées plus particulièrement. Cela nous invite donc à analyser plus en détails les accompagnements offerts aux MSP, et la place qu'ESSORT occupe en la matière.

### III. L'accompagnement des équipes et des coordinatrices dans la mise en œuvre de projets de prévention et promotion de la santé : un soutien à demi-teinte

L'analyse des dynamiques de projets de PPS menés au sein des MSP met en lumière l'existence de pratiques favorables au développement de projets PPS. Ces dernières sont permises en partie grâce à l'accompagnement qui existe au national et sur le territoire breton qui est assuré par divers acteurs. Toutefois, ces dispositifs d'accompagnement souffrent de certaines critiques et ne permettent pas de répondre complètement aux besoins des équipes (A). Aussi, pour dépasser ces limites, ESSORT propose des pistes d'amélioration de l'accompagnement existant, ce qui implique un repositionnement sa part dans le champ de la PPS. Néanmoins, certains dysfonctionnements plus systémiques ne sauraient être résolus par l'action de l'association(B)

#### A. Un accompagnement multiniveau répondant partiellement aux besoins des équipes et des coordinatrices

##### 1. L'accompagnement spécifique des coordinatrices : un soutien limité face aux besoins exprimés

###### a) La formation PACTE : une approche superficielle de la méthodologie de projet

Parmi les objectifs de la formation PACTE, nous retrouvons le renforcement des compétences en gestion de projet des coordinatrices. En Bretagne, un séminaire entier est dédié à la notion de projet dont l'objectif principal est le suivant : maîtriser la notion de projets (dont le projet de santé) - définition, mise en œuvre, outils, évaluation, intérêt – et la place du coordinateur dans leurs mise en œuvre et les objectifs secondaires sont : maîtriser les étapes de la conduite de projets, suivre et évaluer les actions, identifier la place du projet de santé dans les équipes .

Une moitié de ce séminaire est dédiée au projet de santé, aux protocoles ainsi qu'à la posture de la coordinatrice au sein des projets. L'autre moitié concerne les aspects méthodologiques de la gestion de projet à proprement parler. Ainsi, une heure est consacrée aux étapes et paramètres d'un projet, trois heures sur les outils (objectifs SMART, QQQCCP, trello...) et enfin deux heures pour les projets de PPS. Durant ces deux heures, une chargée de mission en ETP de l'ARS intervient pour présenter les concepts et enjeux liés à la PPS et la méthode pour répondre à un appel à projets.

Nos observations de terrains font ressortir que si cette formation permet d'inculquer les bases de la méthodologie de projet aux apprenants, le temps qui y est consacré reste relativement faible et ne permet pas de mise en pratique. Les apports théoriques et pratiques restent assez superficiels et,

une fois sur le terrain, ils ne sont pas toujours mis en œuvre. Les apprenants n'ont pas le temps de réfléchir aux sujets de PPS qui pourraient être mis en place dans leurs structures.

L'un des points positifs à relever est l'intervention de la chargée de projet de l'ARS qui permet aux apprenants d'identifier un contact au sein de l'institution ce qui facilitera sûrement les relations par la suite. De plus, lors de cette intervention, un temps d'échange libre est prévu ce qui favorise l'interconnaissance des acteurs : d'une part, des remontées du terrain peuvent être réalisées par les coordinatrices afin que l'ARS puisse s'adapter aux mieux à leurs besoins et d'autre part c'est le moment pour l'ARS d'expliquer aux professionnels de terrain son fonctionnement et ses contraintes, comme par exemple les comptes qu'elle doit rendre au Ministère de la Santé et de Solidarités, ce qui explique qu'à leur tour, les ARS demandent des comptes aux MSP.

#### b) La Communauté des coordinateurs : un réseau et des outils à destination des coordinatrices

Comme nous l'avons vu, la fonction de coordination constitue aujourd'hui un pilier important pour encourager la dynamique d'équipe et éviter un essoufflement des professionnels de santé. Or, les coordinatrices se trouvent face à de nombreuses difficultés, dont la principale est l'absence de statut et de financements pérennes. Il y a donc un enjeu de professionnalisation de cette fonction, c'est-à-dire qu'il faudrait préciser les missions des coordinatrices et leur donner les moyens de les réaliser. Cette professionnalisation doit se traduire par davantage de formation pour acquérir des connaissances et des compétences, y compris en gestion de projet PPS. De plus, la reconnaissance et la compréhension par tous du métier de coordinatrice est un élément important de la professionnalisation. Enfin, il s'agit également de mettre en réseau les coordinatrices.

Pour y parvenir, l'ARS Bretagne a confié à ESSORT dès 2018 la mission de créer et d'animer une communauté des coordinateurs. Parmi les objectifs de cette communauté des coordinateurs, nous retrouvons l'appui à la mise en place d'actions de santé publique. Plusieurs actions ont été mises en place par l'association pour animer cette communauté qui regroupe aujourd'hui 42 coordinatrices et coordinateurs. Tout d'abord, les membres de la communauté ont accès à une plateforme collaborative appelée « Trello » et à un groupe WhatsApp sur lesquels ils peuvent échanger, retrouver des informations, et des outils à leur disposition. L'un des tableaux thématiques du Trello est dédié aux actions de santé publique. ESSORT publie les appels à projets sur ce tableau et les coordinatrices qui y répondent sont censées créer une rubrique détaillant le contenu du projet pour donner des idées aux autres coordinatrices. Elles sont également invitées à indiquer toute autre action de PPS menée dans la MSP. Si les premières années, les coordinatrices se sont prises au jeu et ont rempli le tableau, nous constatons que rien n'a été ajouté depuis presque deux ans. L'outil n'est pas approprié par les



coordinatrices alors même qu'elles ont besoin de soutien et d'idées pour concevoir des actions de PPS. Divers facteurs expliquent ceci. Premièrement, l'ensemble des coordinatrices ne maîtrise pas l'outil Trello. Pour y remédier, ESSORT a organisé une journée de formation, cependant le nombre de participant était limité. Ensuite, le tableau en question est confus et manque de visibilité ce qui complexifie l'accès aux informations et peut freiner l'envie des coordinatrices de le compléter. Le manque de ressources humaines au sein de l'association justifie que l'alimentation de la plateforme Trello ait manqué de rigueur et n'ait pas été priorisée.

En outre, des rencontres locales sont organisées dans chaque département permettant aux coordinatrices du territoire de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques. Une fois par an, une rencontre régionale est structurée autour d'ateliers qui visent au développement personnel et professionnel des coordinatrices. De plus, des journées thématiques sont organisées dont l'objectif est de permettre aux coordinatrices d'appréhender un outil particulier ou une technique et de l'expérimenter pour ensuite se l'approprier. Ces journées visent également à apporter des connaissances sur un sujet précis. C'est dans ce cadre qu'une journée thématique « Répondre à un appel à projet PPS » a été organisée avec l'IREPS Bretagne, elle a réuni 8 coordinatrices. En complément, des fiches-outils devraient être prochainement créées et partagées aux coordinatrices.<sup>10</sup> Cette journée a permis de combler certaines lacunes observées tout en apportant de nouvelles clés aux coordinatrices. Néanmoins, une journée n'est pas suffisante pour couvrir l'ensemble des sujets de sorte que tout a été traité en superficialité. Les mises en pratique n'étaient pas toujours fondées sur les exemples propres des coordinatrices, or cela aurait été plus pertinent et utile pour elles. Une prochaine journée thématique portera sur les techniques d'animation afin de répondre aux besoins des coordinatrices à ce sujet. Il est important de noter que les coordinatrices participant à l'ensemble de ces événements ne sont pas indemnisées par l'association, ce qui peut dès lors constituer un frein à leur participation.

La mise en réseau des coordinatrices grâce à l'association a toutefois permis de développer des projets communs à plusieurs MSP, comme le projet de prévention du cancer du sein : « Ma ville en Rose ». Elle permet également de stimuler les coordinatrices qui grâce aux partages d'expériences des unes et des autres peuvent ainsi motiver leurs équipes à mettre en place des actions. Pour autant, le risque est de créer un sentiment d'injonction à la réalisation de projets et peut paradoxalement rajouter d'avantage de pression aux coordinatrices. De plus, ce regain de motivation concerne les coordinatrices et non pas les équipes qui ne participent pas à ces échanges, de sorte que les coordinatrices retournent dans leurs structures avec des ambitions hautes qui ne seront peut-être pas

---

<sup>10</sup> Fiche « Projet » (étapes-questions à se poser – ressources et outils) , fiche « Priorités et objectifs », fiche « Financement et budget », fiche « Stratégies PPS » , fiche « Check liste pour répondre à un appel à projet PPS ».

accueillies par les professionnels de santé, ce qui peut ajouter une frustration supplémentaire. « *La communauté des coordo c'est chouette mais en même temps je pense que ça un coté... Je me mets à la place d'un coordo où dans l'équipe il y a rien, quand t'entends les autres qui vendent du rêve qui disent on fait-ci on fait ça, bah en fait tu te sens un peu nulle ou tu dis ouais il faut que je m'y mette alors qu'en fait... je pense que la communauté des coordo peut être quelque chose de dangereux car ça stimule les coordos et les coordos stimulent l'équipe. Ça pousse peut-être les coordos à stimuler l'équipe or est ce que l'équipe a envie d'être stimulée ? C'est toute la complexité.* » (Entretien n°1, coordinatrice indépendante de 2 MSP).

Si la Communauté des coordinateurs constitue un réseau permettant aux coordinatrices bretonnes d'échanger entre elles, les outils proposés par ESSORT peinent encore à atteindre leur cible malgré les besoins manifestes de soutien de la part des coordinatrices.

## 2. L'accompagnement aux projets : des outils à l'efficacité contestable

### a) L'accompagnement méthodologique de l'IREPS : un dispositif méconnu des professionnels de santé

Pour accompagner les équipes dans la conception de leurs projets de PPS, l'ARS a missionné l'IREPS Bretagne. Dans ses appels à projets dédiés aux professionnels de santé libéraux en exercice coordonné, une mention relative à l'accompagnement gratuit proposé par l'IREPS est faite. Il est précisé aux équipes qu'elles peuvent bénéficier d'un soutien méthodologique en amont du dépôt du projet pour sa définition et son élaboration, il s'agit d'un soutien dont les modalités sont souples pour lequel l'IREPS s'adapte aux besoins de l'équipe. Il est souligné que l'IREPS n'a pas vocation à faire à la place des professionnels de la MSP. Des exemples quant au soutien que l'IREPS peut apporter sont cités dans le cahier des charges de l'appel à projet. La présentation de cet accompagnement apparaît dès la deuxième page du cahier des charges.

Lors d'une réunion organisée dans le cadre du groupe de travail ETP en Bretagne<sup>11</sup>, un représentant de l'Assurance Maladie expliquait que les professionnels de santé en exercice coordonné ne savaient comment mettre en place des actions d'ETP et qu'un réel besoin de méthodologie existait. L'ARS et l'IREPS ont à ce moment admis que les MSP méconnaissaient le dispositif mis en place et qu'il était nécessaire d'améliorer sa visibilité.

Deux des coordinatrices interrogées ont eu connaissance du dispositif, l'une explique avoir fait appel à l'IREPS pour établir des indicateurs dans le cadre d'une action de prévention sur la thématique

---

<sup>11</sup> Le groupe de travail ETP regroupe notamment des représentants de l'IREPS, de l'assurance maladie, de l'ARS (direction adjointe de la prévention et promotion de la santé), de la plateforme territoriale en ETP, de représentants des URPS, d'établissement de santé comme le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, de France Asso-santé, ainsi que des professionnels de santé.

de la nutrition. Pour autant elle n'a pas renouvelé la demande pour ces projets suivants alors qu'elle admet avoir rencontré des difficultés. « *Moi je l'ai su car c'était assez mis en avant dans une réponse à un appel à projet en 2019. C'était bien formulé « vous pouvez vous faire accompagner par l'IREPS » c'était bien écrit et la preuve je l'avais sollicitée.* » (Entretien n°2, diététicienne et coordinatrice de 2 MSP). Une autre explique avoir eu recours au soutien de l'IREPS dans le cadre d'un projet d'activité physique adaptée, elle compte également être accompagnée pour la suite du projet « grandir avec les écrans ». Pour autant, il faut rappeler que ces coordinatrices sont investies en tant qu'animatrices relais dans la formation PACTE et que l'une d'entre-elles, fait partie d'un projet d'ETP addictions qui implique l'ARS et l'IREPS de sorte qu'elles ont une connaissance assez poussée des acteurs et des dispositifs en matière de projets PPS.

Le dispositif conçu par l'IREPS n'arrive pas à toucher les équipes, et en particulier les professionnels de santé. Lorsque l'IREPS reçoit une demande d'une MSP, l'interlocuteur se limite bien souvent aux coordinatrices. Or, ne pas avoir de contact direct avec les professionnels de santé qui seront à terme ceux aux côtés des patients, constitue un frein au développement des actions de PPS. En effet, pour avoir un effet positif, l'IREPS doit questionner les postures éducatives des professionnels de santé, et non pas seulement celles des coordinatrices. La moindre proximité de l'IREPS avec les libéraux est donc un frein considérable au développement des soutiens méthodologiques. L'enjeu actuel pour l'IREPS est d'être identifié par les équipes.

#### b) Les projets clé en main : un enjeu d'appropriation par les équipes

Consciente du temps et des compétences nécessaires à la conception d'un projet de PPS, AVECSanté a créé en 2019 un projet dit « clé en main » appelé « Bref j'arrête de fumer ». Un second projet est né l'an dernier « L'alcool ici on en parle ». Ils se composent tous d'une phase de préparation (présentation du projet, rencontre avec AVECSanté, recueil des besoins et réponse aux questions), d'une phase de mise en œuvre où les équipes impliquées suivent un protocole d'intervention préétabli, puis d'une phase d'évaluation. Les fédérations régionales parties au projet<sup>12</sup> ont pour missions principales d'identifier les MSP qui souhaitent intégrer le projet et de faire le lien si nécessaire entre les équipes partenaires et la fédération nationale.

En théorie, l'objectif du projet clé en main est de faciliter le déploiement d'actions de PPS au sein des MSP et ce sur plusieurs points.

Premièrement, l'entière conception du projet échappe aux professionnels de santé. Cette phase chronophage, qui requiert des compétences méthodologiques que les professionnels de

---

<sup>12</sup> 5 fédérations régionales dans le cadre du projet « Bref j'arrête de fumer » et 3 pour « L'alcool ici on en parle ».

santé n'ont pas, est confiée aux chargés de projets d'AVECsanté qui sont aidés par un cabinet de conseil en santé publique sur les aspects scientifiques. Pendant plus d'un an, ils travaillent sur l'état des lieux, l'élaboration des objectifs, les indicateurs d'évaluation, les contenus ainsi que les outils. Effectuer un tel travail à la place des MSP, et notamment la recherche d'outils serait « un plus » selon certaines coordinatrices enquêtées. « *Je trouve que c'est un plus d'avoir un projet clé en main car c'est compliqué de rechercher les outils, d'avoir les bons outils et puis d'avoir aussi les bons messages clés à faire passer.* » (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP). Si cette formule permet effectivement de gagner du temps et d'éviter aux professionnels de faire face à des difficultés méthodologiques, elle présente un risque majeur : celui du défaut d'appropriation du projet par les équipes. En effet, pour s'approprier un projet, il faut être en adéquation avec les objectifs de ce dernier et prendre conscience de l'engagement nécessaire pour le mettre en œuvre. Normalement, la phase de conception permet ce temps d'appropriation, néanmoins, une présentation des tenants et des aboutissants du projet à l'ensemble de l'équipe peut réduire les risques.

Or, nous l'avons vu, il est ressorti des entretiens et de l'évaluation de « Bref j'arrête de fumer » que les projets n'ont pas toujours été présentés à l'ensemble de l'équipe conduisant à une hétérogénéité dans l'appropriation du projet au sein des MSP participantes. En effet, si pour certaines un véritable travail d'équipe sur les implications et le sens du projet a été conduit, pour d'autres le choix de participer s'est fondé sur une conversation menée lors de la pause déjeuner. Dans la majorité des cas, la proposition du projet à l'équipe incombait aux coordinatrices, une tâche qui finalement déterminera le succès du projet. Par conséquent, un paradoxe peut être souligné : alors que les projets clés en main sont censés éviter que la dynamique du projet repose uniquement sur les coordinatrices, l'absence d'accompagnement et d'harmonisation dans les modalités de présentation du projet provoque l'effet inverse. Une véritable phase de fédération harmonisée au cours de laquelle les coordinatrices seraient accompagnées est donc à déplorer. De plus, force est de constater que les fédérations régionales, dont ESSORT, sont absentes lors de cette étape alors qu'elles sont les plus à même d'aider les équipes au regard des liens forts qui existent entre-elles.

Deuxièmement, les projets clés-en main sont censés faciliter le développement d'actions de PPS en offrant aux professionnels de santé une formation. Puisqu'AVECsanté ne proposait pas de formation lors du premier projet relatif au tabac, ESSORT en avait organisé une relative à la prescription aux substituts nicotiques pour les MSP bretonnes. Pour le projet relatif à l'alcool, la formation a directement été intégrée au projet clé en main et a été dispensée par visio par l'association Addiction France. Les participants au projet devaient s'inscrire, sur la base du volontariat. Pour chaque session, un groupe de professionnels a été constitué, ils n'appartenaient pas tous à la même MSP et étaient mélangés avec les autres. Cette mixité a favorisé les échanges. Les enquêtes et observations de terrain ont montré qu'une majorité des professionnels étaient satisfaits de cette formation, le

format visio ayant l'avantage de limiter les temps de transports. La formation constitue donc un avantage dans le projet clé en main pourvu que les participants soient véritablement volontaires. Au cours d'une observation participative, trois professionnelles sur sept se sentaient « prisonnières ».<sup>13</sup> Elles expliquaient s'être senties contraintes de rejoindre le projet et de suivre la formation alors même que la thématique ne les intéressait guère. L'une avait même été inscrite à la formation sans son consentement. Cet exemple démontre à nouveau les lacunes en matière de fédération de l'équipe au projet.

Troisièmement, les projets clés en main sont censés être facilitants car les professionnels suivent des protocoles d'intervention conçus autour d'un socle minimum d'action à réaliser. Néanmoins, l'expérience du premier projet a montré que l'intervalle de 3 mois imposé aux professionnels pour le suivi des patients était trop contraignant. Le second projet prévoit désormais des modalités de suivi moins rigoureuses.

Quatrièmement, l'évaluation du projet, étape redoutée par les professionnels de santé, et en particulier les coordinatrices, n'est pas censée incomber aux équipes puisqu'elle est confiée au cabinet de conseil en santé publique. Néanmoins en pratique, l'équipe doit collecter un grand nombre de données et les retranscrire dans le système d'information, cette étape contraignante provoque un désinvestissement des professionnels de santé qui laissent bien souvent cette tâche à la coordinatrice. À nouveau, nous constatons que le projet clé en main, censé aider la coordinatrice, provoque l'effet inverse.

Cinquièmement, les projets clés en main ont l'avantage d'offrir un réseau puisque l'ensemble des MSP participantes ont accès à une plateforme collaborative, de plus, lors des rencontres nationales de l'exercice coordonné, organisées par AVECSanté, un atelier est consacré au projet clé en main afin que les professionnels puissent se rencontrer et échanger sur leurs expériences. Ces temps d'échanges permettent de rassurer les participants et de créer une dynamique de groupe. Pour autant, là encore, nous retrouvons principalement les coordinatrices, les professionnels de santé étant moins présents sur ces temps d'échanges. « *[Est-ce que les autres professionnels du projet Bref ont eu ce même ressenti quant au réseau?] Peut-être moins que moi car ils n'étaient pas sur Dijon<sup>14</sup> déjà puis après ils ont moins échangé, c'est moi qui ai fait plus de retour.* » (Entretien n°5, infirmière et coordinatrice d'1 MSP).

---

<sup>13</sup> Au tout début de la formation, l'animatrice a invité l'ensemble des participants à choisir le personnage qui correspondait le mieux à notre état d'esprit actuel parmi 4 propositions : l'explorateur (ravi de découvrir de nouvelles idées, de nouveaux outils et perspectives), l'acheteur (vient chercher toutes les informations disponibles de façon pragmatique), le vacancier (n'est pas forcément intéressé à 100% par la formation, mais c'est l'occasion de prendre un peu de distance avec le rythme quotidien), et enfin le prisonnier (est contraint d'assister à cette formation car elle relève du projet mais préférerait faire autre chose).

<sup>14</sup> Un atelier relatif au projet « Bref j'arrête de fumer » s'est tenu lors des rencontres nationales de l'exercice coordonné organisées par AVECSanté à Dijon en 2019.

En somme, les avantages présentés par les projets clés en main s'avèrent en pratique être les plus grands inconvénients du dispositif. Aussi, après cette analyse, il est important de nuancer le caractère « facilitant » des projets clés en main. Malgré les dysfonctionnements relevés, il n'en reste pas moins que ces projets permettent de lancer des dynamiques dans les équipes, comme ce fut le cas dans une MSP enquêtées qui à la suite du projet relatif au tabac a mis en place des actions de Mois Sans Tabac. De plus, l'évaluation de « Bref j'arrête de fumer » a montré des résultats positifs : l'action des professionnels a conduit certains patients vers des arrêts temporaires et des sevrages tabagiques. Enfin, les données du terrain suggèrent tout de même que les MSP sont demandeuses de projets clés en main. Par conséquent pour mieux répondre à leurs besoins, le modèle doit être révisé en tenant compte des dysfonctionnements précités.

### c) Une identification d'ESSORT en tant que soutien méthodologique insuffisante

L'association ESSORT entretient des liens forts avec les MSP, en particulier les coordinatrices. Elle est parfaitement identifiée comme un soutien pour le développement et le fonctionnement des MSP. Néanmoins, en ce qui concerne la PPS, l'identification de l'association en tant que soutien méthodologique est très faible. Seule une équipe a demandé explicitement à ESSORT de se faire accompagner dans la réponse à un appel à projet sur la thématique sport et santé . Par conséquent, ESSORT n'a pas de réelle visibilité sur les actions de PPS menées au sein des MPS adhérentes. Certaines coordinatrices évoquent leurs projets, ou leur volonté de répondre à des appels à projets sans pour autant associer l'association à la réponse et la conception des projets. Comme dit précédemment elles ne complètent plus le trello pourtant prévu à cet effet. Le manque de ressources humaines au sein de l'équipe salariée de l'association explique en partie qu'un suivi des actions PPS mises en œuvre au sein des équipes adhérentes n'ait pas été mis en place. Le poste de stagiaire et la mission de capitalisation d'expériences a tout de même permis d'identifier quelques projets de PPS menés par les équipes mais aussi d'ouvrir les discussions sur le domaine de la PPS en général et sur les besoins des équipes en la matière.

En conclusion, l'accompagnement existant souffre de dysfonctionnements. Tout d'abord, les acteurs susceptibles de proposer un soutien méthodologique aux équipes sont mal identifiés, le paysage d'acteurs est atomisé. L'IREPS est méconnue des professionnels de santé car eux-mêmes sont éloignés du champ de la PPS, par conséquent l'association missionnée par l'ARS est faiblement sollicitée. Pour autant, ESSORT, qui s'inscrit dans le champ des soins primaires et qui a des liens avec les MSP peine également à s'imposer comme soutien. Ensuite, les coordinatrices qui portent la dynamique des projets reçoivent une formation encore trop légère quant à la gestion de projet. Les

outils auxquels elles ont accès dans le cadre du réseau animé par ESSORT ne sont pas toujours adaptés et par conséquent faiblement appropriés. D'autres outils comme les projets clés en main sont censés aider les coordinatrices, mais l'effet inverse est constaté puisqu'elles portent tout de même le projet en raison d'une faible appropriation du projet par leur équipe. Agir sur ces dysfonctionnements permettrait d'améliorer en partie l'accompagnement proposé aux équipes.

## B. Les perspectives d'amélioration de l'accompagnement des équipes dans l'élaboration et la conception de projets de prévention et promotion de la santé

Comme nous venons de le voir, l'accompagnement existant des coordinatrices et des équipes présente des limites que l'association ESSORT souhaiterait à l'avenir dépasser. Pour y parvenir, des pistes d'amélioration sont envisagées impliquant un repositionnement de l'association dans le champ de la PPS (1). Pour autant, certains freins ne sauraient être surmontés par l'action d'ESSORT et de ses partenaires, en effet certains dysfonctionnements renvoient à des problèmes plus systémiques (2).

1. L'amélioration de l'accompagnement des équipes comme facteur de repositionnement d'ESSORT au sein du paysage d'acteurs bretons
  - a) Créer un réseau reliant le champ de la promotion de la santé à celui des soins primaires : ESSORT en tant qu'initiateur

L'atomisation des acteurs capables de soutenir les équipes dans leurs projets PPS dans le paysage breton est une première difficulté à surmonter pour améliorer l'accompagnement. Jusqu'ici, la mobilisation de ces acteurs par les équipes se fondait uniquement sur des relations interpersonnelles. Une mise en réseau des acteurs est alors nécessaire pour accroître leur identification auprès de l'ensemble des équipes bretonnes. Les structures concernées sont tout d'abord celles du champ de la PPS, comme l'IREPS, les Contrats Locaux de Santé (CLS), les mutualités, ou encore des associations sur des thématiques de PPS précises comme Addiction France ou La ligue contre le Cancer. Dans le champ des soins primaires, nous retrouvons bien évidemment les MSP parmi lesquelles peuvent être distingués les coordinatrices et les professionnels de santé puis ESSORT, Gecolib', les URPS. Des alliances entre ces organisations devraient donc être créées.

ESSORT, en tant qu'association née de l'initiative de professionnels de santé et par conséquent proche des MSP, apparaît être un acteur légitime pour faire du lien auprès de ces structures. L'association souhaiterait alors combler les lacunes voire le vide qui existe en matière de PPS en exercice coordonné, en se positionnant comme animatrice d'un réseau reliant le champ de la PPS à celui des soins primaires. Ce rôle conférerait une plus grande légitimité à l'association, renforçant sa

place à la fois dans le champ des soins primaires mais également dans celui de la PPS, l'affirmant alors comme interlocuteur central auprès des différents acteurs en présence et notamment auprès des pouvoirs publics.

Cette place privilégiée assurerait à l'association une reconnaissance et une identification claire en tant que soutien méthodologique en PPS de la part des équipes, qui n'existe pas encore aujourd'hui. Les alliances avec les acteurs précités, et en particulier l'IREPS offriront un accompagnement plus adapté aux besoins des professionnels : l'IREPS maîtrisant parfaitement les aspects méthodologiques de la PPS, et ESSORT maîtrisant la culture de l'exercice coordonné.

b) Renforcer les outils à destination des équipes et des coordinatrices : un moyen pour ESSORT de renforcer sa légitimité

Les outils à destination des coordinatrices et des équipes doivent être renforcés pour mieux répondre aux besoins du terrain. Le benchmark réalisé dans le cadre de mon stage sur les outils pensés par les autres fédérations régionales a servi d'inspiration pour formaliser les propositions suivantes.

Tout d'abord, une refonte des outils à destination des coordinatrices devra être entreprise par ESSORT. Pour compléter les ateliers au cours desquels ne sont présentés que succinctement les bases de la gestion de projet, des ateliers d'écriture devront être mis en place afin d'offrir un accompagnement individualisé. Cela permettra aux équipes de mettre en pratique les compétences acquises favorisant leur appropriation. Pour chaque atelier, une équipe (et pas seulement la coordinatrice) pourrait être suivie dans la conception et la mise en œuvre d'un projet de leur choix quel que soit le financement. Ces ateliers pourraient-être co-animés et co-construits avec les partenaires du réseau nouvellement créé, comme l'IREPS ou bien la Mutualité Française de Bretagne qui ont des compétences en méthodologie de projet.

Les projets clés en main proposés par AVECsanté n'impliquent que trop peu les fédérations régionales et présentent d'importantes lacunes en matière de fédération des équipes. Malgré tout, les observations de terrain montrent que le concept de projet clé en main intéresse et reste apprécié des équipes. Ainsi, à défaut de supprimer cet outil, il faudrait le faire évoluer en tenant compte des dysfonctionnements précités.

S'agissant des futurs projets clés-en main d'AVECsanté, ESSORT devrait « renégocier » son rôle et être présente à toutes les étapes de mise en œuvre, et en particulier lors de la présentation du projet au sein des équipes pour favoriser son appropriation. Ce repositionnement démontrerait auprès des équipes, des pouvoirs publics et d'AVECsanté, l'engagement d'ESSORT et sa volonté de participer activement au déploiement d'actions promotrices de santé. Les deux fédérations seraient alors amenées à travailler davantage ensemble favorisant une collaboration plus étroite entre elles. À ce niveau, l'intérêt de l'association est d'être identifiée par la fédération nationale comme un partenaire



solide et de confiance qui pourrait être mobilisé à terme sur l'ensemble des sujets propres à l'exercice coordonné.

En plus des initiatives d'AVECsanté, ESSORT devrait concevoir son propre « catalogue » de projets clés en main. Le développement de ses propres outils traduirait ainsi la professionnalisation de l'association et l'autonomisation de ce dernier vis-à-vis de la fédération nationale en ce qui concerne le champ de la PPS. En outre, cette nouvelle action renforcerait une fois de plus l'identification d'ESSORT en tant que soutien dans le champ de la PPS par les équipes, tout en essayant de répondre à leurs besoins.

En pratique, les projets clés en main pourraient être financés soit par un appel à projets auquel l'association répondrait, soit sur ses fonds propres. Le choix des thématiques devra être réalisé avec les MSP bretonnes afin d'assurer leur pertinence. Les projets devraient permettre de répondre aux besoins de la population, mais également, un minimum aux envies des professionnels. Un projet qui ne suscite aucun intérêt de la part des professionnels ne saurait être efficient, puisque ces derniers ne se l'approprieraient pas.

Une fois la thématique trouvée, il s'agit de construire un programme suffisamment structuré pour éviter que les professionnels se dispersent voire s'épuisent mais qui laisse tout de même une petite marge de manœuvre pour s'adapter aux spécificités de la MSP et du territoire. Pour commencer, la durée des projets pourrait être restreinte à quelques mois afin d'éviter le désinvestissement des professionnels et le report de la charge de travail sur la coordinatrice.

Le temps de fédération devrait être encadré et accompagné sur site par ESSORT et les partenaires le cas échéant. Il s'agirait de travailler en amont du projet sur le sens de ce dernier et ses objectifs. Il serait fondamental de clarifier ce qui relève du pluri-professionnel de ce qui doit rester un engagement d'un professionnel dans la relation avec le patient mais aussi de préciser la place des professionnels dans l'approche collective afin d'éviter un cloisonnement de la participation. Un point de vigilance doit être réalisé tout particulièrement quant aux missions de la coordinatrice dans le cadre de ce projet. Il faudrait également insister sur l'engagement et les conséquences de la participation de chacun au projet pour prévenir un désengagement en cours de projet.

Ensuite, il s'agit de former, de consolider les compétences et d'outiller l'ensemble des participants au projet. Les boîtes à outils contenant notamment un kit de communication, un guide et des outils d'animation devraient être généralisées. Une liste des structures du territoire en lien avec la thématique du projet devrait être donnée à chaque MSP participantes. Une formation devrait également être systématiquement proposée pour chaque projet, le format visio pouvant être privilégié dans le cas où les participants viendraient de départements différents.

Comme il l'a été souligné par une coordinatrice, le réseau constitue l'un des avantages d'un projet clé en main, dès lors une plateforme collaborative devrait être mise en place pour favoriser les

échanges, de même, des temps de rencontre entre professionnels pourraient être organisés. Pour autant il faudrait veiller à ne pas demander un temps trop conséquent aux professionnels de santé. De même, l'évaluation ne saurait être trop contraignante, pour limiter au mieux les contraintes il faudrait intégrer les indicateurs de suivi au système d'information partagé de la MSP.

Le dernier outil à développer est celui amorcé dans le cadre de mon stage : la capitalisation d'expériences qui vise à transformer le savoir issu de l'expérience en connaissance partageable. En partant du récit des porteurs de projets de PPS en MSP, une fiche de capitalisation est réalisée détaillant le contexte d'élaboration de l'action, les freins rencontrés, la manière de les surmonter, ainsi que les leviers identifiés. Pour l'équipe accompagnée par ESSORT dans ce travail de capitalisation, c'est le moyen de prendre du recul sur sa pratique pour renforcer les points forts et améliorer les points faibles. Ce travail d'analyse peut servir à relancer une dynamique et faciliter la conception de futurs projets. Pour les autres MSP, ces fiches sont des sources d'inspiration qui prodiguent des conseils pour concevoir un projet.

Les intérêts liés à la généralisation de ces capitalisations d'expérience ne concernent pas que les équipes. En effet, pour ESSORT ils sont multiples. Tout d'abord, le travail mené par l'association pourrait être mis en lien avec celui mené au national par le groupe CAPS<sup>15</sup> lui permettant ainsi d'accroître sa reconnaissance au sein de ce secteur au travers de nouvelles relations collaboratives avec des acteurs tels que la Société Française de Santé Publique et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé et gagner en reconnaissance. C'est également l'occasion de renforcer le partenariat avec AVECSanté qui souhaite aussi développer la capitalisation d'expériences. Ensuite et surtout c'est pour ESSORT un excellent moyen de renforcer sa connaissance du terrain et d'ainsi proposer des outils qui répondent le plus justement possible aux besoins des équipes. Cette connaissance fine du terrain, associée à la confiance donnée par les équipes à l'association, lui permet de gagner en légitimité auprès des institutions. L'enjeu pour ESSORT est d'être identifiée par les pouvoirs publics comme l'interlocuteur privilégié en ce qui concerne la PPS en exercice coordonné.

C'est dans cette perspective qu'ESSORT a proposé une rencontre avec la Direction adjointe de la PPS à l'ARS. Cette dernière, qui aura lieu en octobre prochain, sera l'occasion de présenter les travaux de capitalisation menés lors de mon stage. L'une des finalités de ces travaux est donc stratégique et

---

<sup>15</sup> Le groupe de travail CAPS (capitalisation d'expérience en promotion de la santé) est coordonné par la Société Française de Santé Publique (SFSP) et la Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé (FNES). Le Groupe de travail national Capitalisation est composé de représentant.e.s d'institutions, d'associations, de chercheurs et de personnes qualifiées. Sont notamment membres : Aides, ARS Haute Normandie, Collège de Médecine Générale, EHESP, Fabrique Territoires Santé, France Assos Santé, FNES, Institut Renaudot, IREPS Auvergne Rhône Alpes, IREPS Bourgogne Franche Comté, Le Réverbère, Promotion Santé Normandie, Promo Santé Ile de France, Santé Publique France, Société Française de Santé Publique, Université de Lorraine, Université Côte d'Azur.

politique : il s'agit de donner à voir la déclinaison pratique de la politique régionale. En l'occurrence, l'idée est de dresser les points forts et les points faibles de l'accompagnement existant pour ensuite éclairer sur les évolutions nécessaires. Finalement, les travaux de capitalisation d'expériences constituent le « cheval de Troie » d'ESSORT pour amorcer le dialogue avec les institutions, en l'occurrence l'ARS.

c) Redéfinir les modalités d'appels à projets : un moyen pour ESSORT de co-écrire la politique publique régionale

Comme nous venons de le voir, la rencontre prochaine avec l'ARS sera l'occasion de lancer une dynamique de concertation avec la Direction adjointe de la PPS. En s'appuyant sur sa légitimité et ses connaissances acquises du terrain, ESSORT souhaiterait exposer à l'institution sa vision de l'accompagnement existant et ses propositions d'évolution: la création d'un réseau « PPS en exercice coordonné » animé par ESSORT pour favoriser l'identification des acteurs en présence et le travail commun et le renforcement des outils d'accompagnement des coordinatrices et des équipes (projets clés en main conçus par l'association, suivi individualisé par atelier d'écriture, capitalisations...). Du point de vue de l'association, le concours de l'ARS est nécessaire pour réaliser ces actions dans la mesure où c'est elle qui les finance majoritairement, mais surtout c'est elle qui énonce la politique régionale. À l'inverse, du point de vue de l'ARS, le concours d'ESSORT lui permet de faire appliquer la politique publique qu'elle édicte. Finalement une sorte d'interdépendance existe entre les deux acteurs. ESSORT pourrait-être identifiée comme simple délégataire de la politique publique si elle se contentait de transposer les directives de l'institution. Or, l'ambition d'ESSORT est bien plus grande puisqu'elle souhaiterait co-définir les modalités d'appels à projet avec l'ARS afin de les adapter au mieux aux réalités de terrain et ainsi favoriser le déploiement d'action de PPS au sein des MSP.

En effet, s'il existe un appel à projet dédié aux équipes en exercice coordonné, il n'en reste pas moins que ce dispositif ne correspond pas à la réalité de terrain. Nous l'avons vu, les délais très concis de réponse empêchent parfois la conception de projets favorisant la pluri professionnalité. Passer trop de temps sur la réponse à un appel à projet au risque d'être refusé risque de démobiliser les acteurs de la MSP. Pour pallier ces difficultés il faudrait que les appels à projets dédiés aux professionnels de santé ne soient plus enfermés dans des délais et ne se restreignent pas à certaines thématiques. Un système de dépôt « au fil de l'eau » devrait être instauré permettant ainsi aux MSP de soumettre leurs projets de PPS lorsqu'elles le souhaitent et sur n'importe quelle thématique de PPS pourvu qu'elles répondent à un besoin observé dans la patientèle et/ou dans la région. Un tel dispositif a été mis en place par l'ARS des Pays de la Loire grâce au travail de facilitation institutionnelle opéré par la fédération régionale – l'APMSL (Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire).

Participer à la redéfinition des instruments de financements, qui sont des modalités de contrôle, reviendrait à se positionner comme co-auteur de la politique publique, et permettrait à ESSORT de s'imposer non plus comme simple délégataire de la politique publique édictée par l'ARS mais comme un partenaire capable de négocier qui puise sa légitimité du terrain.

Si l'ensemble de ces propositions d'évolution étaient retenues et mis en œuvre, le déploiement d'actions de PPS au sein des MSP s'en trouverait facilité, et le rôle d'ESSORT renforcé. Pour autant, des difficultés plus profondes existent que l'association et les institutions ne sauraient résoudre seules.

## 2. Face à des dysfonctionnements systémiques : l'impuissance d'ESSORT

Des dysfonctionnements plus systémiques dus à la façon dont l'exercice coordonné et les fonctions dédiées qui s'y réfèrent ont été pensés par le législateur freinent le développement de la PPS au sein des MSP.

Tout d'abord, la création d'une MSP requiert d'importants efforts de la part des professionnels de santé. Ils doivent faire face à un système complexe où le pilotage est assuré par deux instances faiblement coordonnées : l'ARS et l'Assurance Maladie. Néanmoins, le chemin de croix pour obtenir le label « MSP » n'est finalement que le début d'une longue aventure. Ce n'est pas parce qu'une équipe se voit valider son projet de santé qu'elle est à même de réaliser tout de suite l'ensemble des activités attendues par les pouvoirs publics. En effet, les MSP s'inscrivent dans une temporalité longue. L'exercice coordonné n'est ni inné, ni inculqué aux professionnels de santé dans leurs formations initiales, un temps d'adaptation est alors nécessaire. Apprendre à se connaître, à travailler ensemble, s'accorder sur une vision commune ou encore s'approprier des outils complexes comme le système d'information partagé constituent un travail qui s'échelonne sur plusieurs mois voire années à compter de la création de la MSP. De même, la dynamique d'équipe qui est fondamentale à la réussite de tout projet se construit tout du long de la vie de la structure. C'est pourquoi il existe aujourd'hui un important décalage entre les attentes des pouvoirs publics, notamment en matière de PPS, et la réalité de terrain. Pour monter des projets de PPS, il faut d'abord obtenir rapidement des financements, or, pour obtenir les fonds ACI, il faut atteindre les critères de l'Assurance Maladie, ce qui prend du temps. Sinon, il est possible de répondre aux appels à projets ce qui nécessite au préalable la présence d'une coordinatrice expérimentée. À nouveau, la mise en œuvre d'un tel projet suppose la préexistence d'une dynamique d'équipe, d'une bonne coopération des professionnels et d'une organisation de travail rigoureuse, ce qui ne se retrouve pas toujours dans les « jeunes » MSP. Finalement, seules des MSP « matures » seraient à même de répondre aux attentes des pouvoirs publics. Un tel décalage ne semble pas être pris en compte par les politiques publiques.

Par ailleurs, une autre difficulté subsiste : celle de la disponibilité de certains professionnels, médicaux notamment. Les MSP ont été en partie créées pour répondre aux enjeux de démographie médicale et inciter les jeunes professionnels à s'installer dans des zones où l'offre de soins est faible. Par conséquent, les médecins des MSP doivent répondre à une importante demande de soins de la part de leurs patients qu'ils priorisent alors au détriment d'activités préventives et promotrices de santé. Les politiques antérieures instaurant d'importants numéros clausus se font encore ressentir et tant que les nouvelles générations, plus nombreuses, de médecins ne seront pas toutes en activité, l'enjeu de la disponibilité des professionnels médicaux dans les projets PPS sera toujours présent.

La priorisation des activités curatives par rapport à celles préventives s'entend puisque les professionnels de santé sont dépourvus d'enseignements relatifs à la PPS dans leurs formations initiales. L'acquisition *a posteriori* des concepts et des postures promotrices de santé reste complexe compte tenu des contraintes de temps auxquelles font face les professionnels de santé. Le système de formation est alors à remettre pleinement en question.

En outre, comment prétendre à un exercice coordonné de qualité alors même que le statut de coordinatrice n'est pas pérenne ? Bien qu'elles jouent un rôle pivot dans les MSP et occupent une place centrale dans les actions de PPS, les coordinatrices payent les conséquences néfastes d'une définition législative lacunaire. Les contours de la fonction de coordination changent d'une MSP à l'autre. Les coordinatrices se retrouvent alors à exécuter une pluralité de missions pour lesquelles une rémunération n'est pas toujours assurée. Le travail de la coordinatrice est parfois incompris des autres professionnels de la MSP et n'est pas toujours valorisé. Bien qu'il pourrait s'agir d'une fonction à temps plein, elle est souvent réduite à un temps partiel, ce qui place les coordinatrices dans une certaine précarité. La charge de travail qui leur incombe est dans certains cas trop importante ce qui impacte sur la qualité de la coordination de la MSP et des projets qui y sont déployés. La définition, la valorisation et le soutien aux coordinatrices constituent alors un préalable à tout projet. Un tel travail, qui aurait dû être mené avant le déploiement des MSP, devrait aujourd'hui être une priorité.

Pour finir, alors que des dysfonctionnements systémiques persistent au sein des MSP, les politiques publiques semblent se succéder à un rythme quasi effréné comme le prouve l'ambition gouvernementale de développer massivement les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Introduites par la loi « Ma santé 2022 », ces CPTS s'étudient, non plus à l'échelle d'une patientèle, mais d'un territoire, elles ont « vocation à structurer l'offre de santé ambulatoire sur un territoire en lien avec les acteurs du sanitaire, le médico-social et le social pour mieux relever les défis de l'organisation de l'accès aux soins, des parcours et de promouvoir les prises en charge ambulatoires. ». (*Créer une communauté professionnelle territoriale de santé*, s. d.) Elles peuvent intégrer des MSP déjà formées et doivent élaborer un projet de santé validé par l'ARS pour être reconnues comme une CPTS. Parmi les missions socles nous retrouvons celle en faveur du

développement des actions territoriales de prévention. Ces nouvelles organisations interrogent la façon dont elles pourront s'articuler avec les MSP qui rencontrent déjà des difficultés à se développer. La cadence des politiques publiques n'est donc pas en adéquation avec celle du terrain.

Face à ces dysfonctionnements, l'action d'ESSORT reste alors restreinte. Ainsi, le développement d'approches préventives et promotrices de santé pérennes et efficaces au sein des MSP nécessitera des changements plus profonds touchant à notre système de santé.

## Conclusion

Pour faire face aux multiples évolutions que connaît notre système de santé, une réforme des soins primaires s'est progressivement imposée ces dernières années et s'est concrétisée par le développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné et notamment des MSP. Soutenues par les pouvoirs publics et des acteurs associatifs comme AVECsanté et les fédérations régionales, ces structures doivent répondre à divers objectifs parmi lesquels le rééquilibrage entre le curatif et le préventif. Longtemps laissée de côté, la prévention a été mise à l'agenda politique depuis quelques années. Le contexte sanitaire exceptionnel lié à l'épidémie de COVID-19 n'a fait que confirmer la nécessité et l'utilité d'intégrer davantage de PPS dans notre système de santé, et ce à toutes les échelles. Il a également mis en lumière l'importance des professionnels de santé de première ligne exerçant en ville dans la réalisation d'actes de prévention comme la vaccination. Le premier niveau du système de santé, celui des soins primaires, se doit par conséquent de proposer une offre de prévention et de promotion de la santé à la population. Si des actes de prévention individuelle comme la vaccination ou le dépistage peuvent être effectués sans trop de difficulté par des professionnels de santé libéraux en exercice isolé, le développement d'approches collectives et de promotion de la santé requiert des compétences, connaissances et ressources qui peuvent dépasser celles des professionnels isolés. Aussi, des structures comme les MSP offrent en théorie les conditions favorables à l'élaboration d'actions de PPS. En effet, au sein des MSP nous retrouvons des professionnels médicaux et paramédicaux qui peuvent mettre en commun l'ensemble de leurs connaissances et compétences au service de leur patientèle, voire de la population de leur territoire. Cette mutualisation favorise la prise en charge globale des personnes qui par conséquent s'inscrit plus volontiers dans une démarche de promotion de la santé. Au cœur des projets de PPS, nous retrouvons la fonction de coordination, qui est assurée par une personne dédiée exerçant aussi parfois en tant que professionnel de santé dans la MSP. La dynamique des projets repose majoritairement sur les coordinatrices que nous retrouvons à toutes les étapes. Parfois à l'initiative des actions, elles répondent aux appels à projets, s'occupent du suivi budgétaire, organisent le travail, animent les réunions ... Elles sont également présentes pour insuffler une nouvelle dynamique au projet lorsqu'elles constatent un désengagement des professionnels de santé.

Ces temps de coordination et de mise en œuvre de projets de PPS doivent pouvoir être rémunérés sans quoi les professionnels ne s'investiraient pas. Alors, pour répondre à cela, les institutions ARS et Assurance Maladie ont prévu des dispositifs, le plus important étant celui de l'ACI qui accorde une rémunération en fonction des indicateurs remplis par la MSP, cela peut inclure des actions de santé publique. Pour encourager davantage l'élaboration d'actions de PPS, des appels à projet, parfois dédiés aux professionnels en exercice coordonné, sont proposés par certains acteurs,

et notamment l'ARS et les CPAM. Malgré ces conditions favorables et les incitatifs prévus par les pouvoirs publics, l'élaboration d'actions de PPS au sein des MSP n'est pas aisée.

Ainsi, pour faciliter le développement de projets de PPS au sein des MSP et soutenir les coordinatrices, divers accompagnements et soutiens ont été développés par des acteurs associations comme l'IREPS Bretagne, AVEC santé et ESSORT. Nous retrouvons des soutiens méthodologiques pour les réponses aux appels à projets et l'évaluation des projets, des formations et événements dédiées aux coordinatrices de MSP pour les aider dans la gestion de projet, ainsi que des projets clés en main qui ont été préalablement construits par AVEC santé. Toutefois, l'analyse des dynamiques de plusieurs projets de PPS menés en Bretagne, tantôt financés par les ACI, tantôt par appel à projet ou s'inscrivant dans le cadre d'un projet clé en main, a montré que les équipes et les coordinatrices restent confrontées à de nombreuses difficultés.

Face à ces difficultés, des évolutions dans l'accompagnement pour pouvoir répondre aux besoins des MSP en termes de PPS sont proposées par ESSORT. Celles-ci s'accompagnent d'un repositionnement de l'association dans le paysage d'acteurs bretons. Les évolutions proposées peuvent répondre à des failles des soutiens existants sur plusieurs points. Tout d'abord, la création d'un réseau initié par ESSORT reliant les acteurs des champs de la PPS et de l'exercice coordonné en soins primaires facilitera l'identification des structures capables de soutenir les MSP. De cette mise en réseau pourront naître de nouveaux accompagnements individualisés dépassant les lacunes des formations générales et trop superficielles à destination des coordinatrices. D'autres outils tels que les propres projets clés en main développés par ESSORT faciliteront la mise en œuvre d'actions de PPS. Pour pallier le manque d'appropriation de ce type de projet, ESSORT insèrera une phase de fédération au projet sur site où seront travaillés le sens, les objectifs et les implications du projet. La généralisation des capitalisations d'expériences offrira aux équipes accompagnées un temps d'analyse de pratique et donnera aux autres MSP des idées d'actions PPS à créer et des conseils de mise en œuvre. Enfin, en se positionnant comme interlocuteur privilégié des pouvoirs publics en ce qui concerne la PPS en MSP, ESSORT souhaiterait co-construire les nouvelles modalités d'appels à projets à destination des équipes afin que celles-ci ne soient plus en décalage avec le terrain.

Néanmoins, ces évolutions laissent aussi des angles morts : leur probable faible portée face à des dysfonctionnements plus systémiques, dus à la manière dont l'exercice coordonné, et les fonctions dédiées qui s'y réfèrent, ont été pensés par le législateur.



## Bibliographie

- ARS Bretagne. (s. d.). *État de santé de la population, bilan de l'offre de santé, bilan du PRS 2012-2016*.
- ARS Bretagne. (2018). *Schéma régional de Santé 2018-2022*.
- ARS Bretagne. (2019). *Cahier des charges de l'appel à projet soutenir les professionnels de santé libéraux dans la mise en place d'actions de prévention et promotion de la santé*.
- ARS Bretagne. (2020). *Les chiffres clés ARS Bretagne 2020*.
- ARS Bretagne. (2021). *Cahier des charges de l'appel à projet soutenir les professionnels de santé libéraux dans la mise en place d'actions de prévention et promotion de la santé*.
- ARS Bretagne, Conseil régional Bretagne, Prefecture de la Bretagne, Assurance Maladie, & InterURPS Bretagne. (2019). *Guide des aides d'accompagnement des exercices coordonnés*.
- Bergeron, H., & Moyal, A. (2018). *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France?*
- Bourgeois, I. (2016). Chapitre 16. Accompagner les démarches de Contrat local de santé. In *Les recherches qualitatives en santé* (p. 277-295). Armand Colin. <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-277.htm>
- Bourgeois, I. (2019). Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville. *Journal de gestion et d'économie de la sante*, N° 1(1), 54-71.
- Chevillard, G. (2020). Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Question d'économie de la santé*, n°247, 8.
- *Créer une communauté professionnelle territoriale de santé*. (s. d.). Consulté 18 août 2021, à l'adresse <http://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-4>
- *Créer une Maison de Santé Pluriprofessionnelle*. (s. d.). Consulté 15 août 2021, à l'adresse <http://www.bretagne.paps.sante.fr/creer-une-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-4>
- Fournier, C. (2015). *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : Place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*. Paris Sud -Paris XI.
- Fournier, C. (2019). Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : Un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion*

*et d'économie de la sante, N° 1(1), 72-91.*

- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales, 1*, 11-31.
- Juilhard, J.-M., Crochemore, B., Touba, A., & Vallancien, G. (2010). *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. IGAS.
- Kansoun, Z., Boyer, L., Hodgkinson, M., Villes, V., Lançon, C., & Fond, G. (2019). Burnout in French physicians : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 246*, 132-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.056>
- *La pratique avancée : Un nouveau métier d'infirmier(e) aux compétences élargies*. (s. d.). Consulté 13 août 2021, à l'adresse <http://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmiere-aux-competences-elargies>
- *L'ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel*. (s. d.). Consulté 13 août 2021, à l'adresse <https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>
- Laude, L., Michel, L., & Schweyer, F.-X. (2018). *Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ?* Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/manager-une-organisation-de-sante--9782810907205-page-75.htm>
- *Les modes de rémunération d'une MSP : Adhésion à l'ACI, financements divers... | APMSL*. (s. d.). Consulté 12 août 2021, à l'adresse <https://www.apmsl.fr/page/les-modes-de-remuneration-d-une-msp/>
- Moyal, A. (2019). Rationalisation des pratiques professionnelles en maisons de santé pluriprofessionnelles. *Revue française de science politique, Vol. 69(5)*, 821-843.
- Moyal, A. (2020). L'exercice pluriprofessionnel en MSP : Une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales, 1*, 103-123.
- Ordre national des infirmiers. (2018). *Dépression, épuisement professionnel, mal-être : Quelle réalité au sein de notre profession?*
- Ramond-Roquin, A., Allory, E., & Fiquet, L. (2020). La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : Pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Revue française des affaires sociales, 1*, 125-141.
- Ray, M., Bourgueil, Y., & Sicotte, C. (2020). Les maisons de santé pluriprofessionnelles : Un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales, 1*, 57-77.
- Schweyer, F.-X. (2014). 14—L'efficacité collective dans le travail. In S. Paugam, *L'intégration inégale* (p. 261). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2014.01.0261>

- Schweyer, F.-X. (2019). Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : Entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de gestion et d'économie de la sante*, N° 1(1), 33-53.
- Sebai, J., & Yatim, F. (2017). Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : Une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, N° 164(4), 887-902.
- Vezinat, N. (2020). La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles : Une « communauté d'intérêt » entre association professionnelle et autorités sanitaires. *Revue française des affaires sociales*, 1, 79-101.

## Annexe 1 – Guide d’entretien à destination des MSP

### Présentation de l’enquêté.e et de la MSP :

- Pourriez-vous brièvement vous présenter et présenter votre parcours ?
- Pourriez-vous présenter brièvement la MSP ?
  - Depuis quand existe-t-elle ?
  - Combien de personnes font partie de l’équipe ?
  - Qui est le « leader »? quelle est sa profession ?
  - Profil des autres professionnels ?
  - Conditions d’exercice des coordinateurs.trices + des autres membres de l’équipe : temps plein/partiel, statuts, CDD/CDI/fonctionnaire...
  - Quelle ambiance y-a-t-il dans la MSP ? Quels liens entre l’équipe ?
- Quelles sont les priorités inscrites dans votre projet de santé ? + revenir sur la façon dont les choix des priorités inscrites dans le projet de santé s’est fait.
- Comment votre fonction de coordinateur.trice s’inscrit dans la MSP ? – En quoi consiste votre travail de coordination ? Comment il s’articule avec ce que font vos autres collaborateurs en interne ? avec les partenaires en externe ?

### Contexte du projet :

#### **Thématique du projet :**

- A quelle(s) problématique(s) de santé votre projet répond-il?
- Comment avez-vous identifié ces besoins, sur quels éléments vous êtes-vous fonder ?

#### **Point de départ du projet**

- Pouvez-vous me raconter l’histoire de ce projet ? *L’idée est d’explorer le contexte, les éléments déclencheurs, les opportunités...*
  - Qui est à l’initiative de ce projet ?
  - Pourquoi vous êtes-vous engagé.e dans cette action à ce moment précis ?
  - Quels évènements/opportunités ont déclenché la réflexion sur ce projet ?
  - En quoi le contexte vous-a-t-il paru favorable lorsque vous avez initié le projet ?
  - Y-a-t-il eu des freins liés au contexte ? des résistances ayant rendu son implantation difficile ? – parler plus généralement des difficultés à surmonter et amener vos interlocuteurs à les caractériser -> quels types de difficultés, freins – matériels, méthodologiques, financières, humains, avec le public, en lien avec les objectifs... idem pour toutes les autres questions de ce type.

#### **Positionnement du projet dans la MSP**

- Comment ce projet s’intègre-t-il dans la MSP ?
  - S’inscrit-il dans le projet de santé de la MSP ?
  - Tous les professionnels de l’équipe ont-ils été impliqués ?
  - Le projet s’inscrit-il dans le prolongement d’une autre action ?
- Plus globalement, quelle place prend la prévention et de la promotion de la santé dans votre équipe ? Comment l’équipe s’approprie-t-elle ces concepts ?

### Le projet:

#### **L’élaboration du projet**

- Comment avez-vous construit le projet ?
  - Quelle méthodologie avez-vous mis en en place ?
  - Vous-êtes-vous appuyé.e sur des projets existants dans d'autres MSP ? dans d'autres organisations ?
  - Vous-êtes vous fait accompagner ? (Essort, consultants, IREPS, autre...)
- Quels moyens – financiers, matériels, humains (combien d'ETP) – accordés pour faire le projet ?
- Quelle organisation interne a été mise en place ? (référents projets, répartition des tâches...)
- Avez-vous rencontré des difficultés/obstacles dans l'élaboration du projet ? comment les avez-vous surmontés/ contournés ?
- Vous a-t-il manqué des compétences particulières pour élaborer et mettre en œuvre ce projet ?
- Quels ont été les points forts ? Les points faibles ?
- Quels ont été les leviers ?

#### **Financement de l'action :**

- Comment le projet a-t-il été financé ?
- Avez-vous rencontré des difficultés ? comment les avez-vous surmontées ?
- Si appel à projet :
  - Comment s'est passée la réponse à l'appel à projet
  - Quelle relation avez-vous entretenu avec l'ARS ?

#### **Partenariat**

- Quels partenaires ont été associés à votre projet/action ?
  - Quels rôles et compétences spécifiques avaient chacun d'eux
- Que diriez-vous du fonctionnement du partenariat ?

#### **Les stratégies développées :**

- Quelle(s) stratégie(s) avez-vous utilisée(s) pour mobiliser le(s) public(s) concerné(s) et pourquoi ?
- Comment définiriez-vous la participation du public à votre action ?

#### **Perception de l'action :**

→ Je vous propose d'identifier 3 moments clés du projet. Il s'agit des moments où vous avez eu le sentiment que quelque chose s'est passé soit pour favoriser la dynamique soit pour la freiner. Ce peut être des moments que vous identifiez comme positifs ou plus difficiles.

- Qu'est-ce qui a fait selon vous que ce moment a été crucial ?
- Comment avez-vous fait pour sortir de ce moment que vous décrivez comme plus difficile ?
- Pouvez-vous me dire en quoi vous considérez que cette action est réussie ?
  - Pouvez-vous Identifier 3 facteurs de réussite ?
- Qu'avez-vous appris de cette action pour votre pratique professionnelle ?

- Si vous deviez reproduire l'action que changeriez-vous ?
- Selon vous qu'apporte l'exercice coordonné à ce type de projet ?

### Évaluation de l'action :

- Comment avez-vous évalué votre action ?
  - Quel indicateur ? quelle personne en charge de l'évaluation ? l'évaluation a-t-elle été diffusée ?
- Comment s'est passée l'évaluation ? sa préparation, sa rédaction... ?
  - Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
- Quels ont été les résultats de l'action ?

### Transférabilité :

- À quelles conditions ce projet vous semble-t-il transférable dans une autre MSP ?
- Quels conseils donneriez-vous à un autre porteur de projet en MSP pour mener la même action ?

### Recueil des besoins :

- Qu'est-ce qui vous a manqué pour élaborer et mener votre projet de prévention ?
- Quel type d'accompagnement vous conviendrait ?

### Pour finir :

- Est-ce qu'il y a d'autres choses en lien avec le projet et tout ce dont on a parlé qui vous semblent importantes et que je n'aurais pas mentionné ?
- Est-ce que si je me rends compte qu'il me manque une information je peux revenir vers vous ultérieurement ?

## Annexe 2 : Projets étudiés dans le cadre du stage réalisé à l'association ESSORT

Projet « Grandir avec les écrans »	
Type de projet	Projet conçu et mis en œuvre par la MSP
Ancienneté de la MSP	2012
Porteur du projet	Coordinatrice + référente médecin généraliste
Profil du coordinateur	Coordinatrice indépendante
Thématique	Mésusage des écrans
Financement	ACI
Objectifs	Sensibiliser les parents et les enfants au mésusage des écrans
Calendrier	Projet débuté en septembre 2018 Pause durant la crise sanitaire Nouveau volet à destination des adolescents prévu pour 2022
Publics concernés	Parents et enfants de 0 à 6 ans
Actions déployées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un collectif « Grandir avec les écrans »</li> <li>• Affiches « Si demain j'avais plus d'écrans » réalisées à partir de verbatim recueillis auprès d'enfants de maternelles et de primaires</li> <li>• Défi « matin sans écrans » proposé dans les écoles et maternelles des communes de la MSP</li> <li>• Théâtre forum (80 participants)</li> </ul>
Partenaires impliqués	Communes, écoles et maternelles, professionnels de la petite enfance

Projet « Santé ! Prévention alcool »	
Type de projet	Projet conçu et mis en œuvre par la MSP
Ancienneté de la MSP	2015
Porteur du projet	Interne en médecine générale stagiaire à la MSP et coordinatrice-diététicienne
Profil du coordinateur	Coordinatrice professionnelle de santé
Thématique	Addictions - Alcool
Financement	Appel à projet ARS
Objectifs	Sensibilisation du public au mésusage de l'alcool
Calendrier	Projet débuté fin 2019 – toujours en cours
Publics concernés	Adolescents – étudiants-jeunes actifs
Actions déployées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une application sur smartphone (suivi quotidien de sa consommation d'alcool, questionnaire FACE, quizz, recettes cocktail sans alcool, défis...)</li> <li>• Des afterwork sans alcool étaient prévus mais n'ont pas pu avoir lieu en raison du contexte sanitaire</li> </ul>
Partenaires impliqués	NODE (entreprise de développement d'applications)

Projet « Mois sans tabac »	
Type de projet	Projet conçu et mis en œuvre par la MSP
Ancienneté de la MSP	2015
Porteur du projet	Infirmier-leader diplômé d'un DU en addictologie

Profil du coordinateur	Coordinatrice professionnelle de santé
Thématique	Addictions - tabac
Financement	Appel à projet Assurance Maladie
Objectifs	Accompagner les patients vers un sevrage tabagique ou une réduction de leur consommation
Calendrier	Projet débuté en octobre 2010 et renouvelé en 2020
Publics concernés	Public en situation de précarité Adolescents en lycée professionnel
Actions déployées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention et mise en place de consultations délocalisées dans les industries agroalimentaires environnantes de la MSP</li> <li>• Intervention dans les lycées professionnels des communes environnantes de la MSP</li> <li>• ETP</li> </ul>
Partenaires impliqués	Assurance Maladie

<b>Projet «Bref j'arrête de fumer»</b>	
Type de projet	Projet clé en main : conçu et élaboré par AVEC Santé et mis en œuvre par la MSP
Ancienneté de la MSP	2012
Porteur du projet	Coordinatrice
Profil du coordinateur	Coordinatrice professionnelle de santé
Thématique	Addictions - tabac
Financement	Indemnisation AVEC Santé
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectif général : Aider les fumeurs à arrêter de fumer</li> <li>• Objectif spécifique 1 : Accompagner des patients fumeurs dans une démarche active de réduction des risques et d'arrêt du tabac.</li> <li>• Objectif spécifique 2 : Soutenir des professionnels de santé de proximité et des MSP dans l'amélioration de leurs pratiques de repérage, conseil à l'arrêt, suivi et orientation des patients fumeurs à travers un protocole commun.</li> <li>• Objectif spécifique 3 : Documenter l'efficacité et les conditions de réussite de cette approche intégrée et pluriprofessionnelle en soins primaires.</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mai 2018-mars 2019 : écriture du projet</li> <li>• Janvier 2019-septembre 2019 : identification des MSP participantes, repérage et inclusion des patients fumeurs</li> <li>• Mars 2019-septembre 2020 : suivi des patients par des interventions brèves téléphoniques, actions de prévention dans le cadre du mois sans tabac</li> <li>• Septembre 2020-avril 2021 : évaluation</li> </ul>
Publics concernés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout patient fumeur acceptant d'être suivi sur sa consommation de tabac</li> <li>• Les MSP volontaires parmi les adhérentes à AVEC Santé (soit 32 MSP, plus de 90 professionnels de santé)</li> </ul>
Actions déployées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement dans le sevrage tabagique inspiré du modèle repérage précoce intervention brève</li> <li>• Réunions de formations et d'échanges de pratique à destination des professionnels de santé</li> </ul>



Partenaires impliqués	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fédérations régionales</li> <li>• Cabinet de conseil en santé publique Acsantis</li> <li>• Santé Publique France</li> <li>• IRDES</li> </ul>
-----------------------	---

Projet «L'alcool ici on en parle»	
Type de projet	Projet clé en main : conçu et élaboré par AVEC Santé et mis en œuvre par la MSP
Ancienneté de la MSP qui a mis en place le projet clé en main	2012
Porteur du projet clé en main au sein de la MSP	Coordinatrice-infirmière
Profil du coordinateur	Coordinatrice professionnelle de santé
Thématique	Addictions - alcool
Financement	Indemnisation AVEC Santé Projet financé par un appel à projet lancé par l'Institut National du Cancer auquel AVEC Santé a répondu
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner à la population-cible des éléments de connaissances sur les risques liés à l'alcool ainsi que des outils permettant d'objectiver sa propre consommation</li> <li>- Amener la population-cible à s'interroger sur sa consommation d'alcool</li> <li>- Amener la population-cible à réduire sa consommation d'alcool</li> <li>• Documenter les conditions d'implémentation d'un programme de type RPIB en soins primaires</li> </ul>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Septembre 2020 /mars 2021 : période préparatoire</li> <li>- Avril – décembre 2021 : inclusions et suivi</li> <li>• Janvier-août 2022 : évaluation</li> </ul>
Publics concernés	Patientèle des MSP : personnes avec un usage problématique de l'alcool
Actions déployées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Audit » préalable des MSP notamment sur l'axe projet de santé publique et notamment l'addictologie</li> <li>• Formation des professionnels de santé : thèmes pressentis : Généralités sur l'addictologie et l'alcool, Représentations des professionnels, Protocole RPIB</li> <li>• Développement de partenariats avec des acteurs de l'addictologie</li> <li>• - Repérage précoce et intervention brève menée par les professionnels de santé à l'attention des patients</li> </ul>
Partenaires impliqués	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fédérations régionales</li> <li>• Cabinet de conseil en santé publique Acsantis</li> </ul>

Projet « Ma ville en rose »	
Type de projet	Projet conçu et mis en œuvre par 3 MSP
Ancienneté des MSP impliquées	2 MSP créées en 2012 1 MSP créée en 2015
Porteurs du projet	Coordinatrice + référente médecin généraliste de chaque MSP

Type de coordinateur	Coordinatrice indépendante, coordinatrice salariée, coordinatrice professionnelle de santé
Thématique	Cancer du sein
Financement	ACI
Objectifs	Sensibiliser les femmes au cancer du sein, favoriser le dépistage du cancer du sein
Calendrier	Début du projet en début 2021 – fin estimée pour fin octobre
Publics concernés	Femmes
Actions déployées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Illumination en rose des villes participantes pendant 1 mois</li> <li>• Organisation d'une journée prévention cancer du sein dans les communes participantes rattachées aux 3 MSP participantes : organisation d'une marche, formation à l'autopalpation, ateliers de sensibilisation, ateliers dédiés aux enfants.</li> </ul>
Partenaires impliqués	Ligue contre le cancer, collectivités territoriales, associations locales, entreprises locales

BERRA	Marguerite	31 août 2021
<b>Master 2 Promotion de la Santé et Prévention</b>		
Les actions de prévention et de promotion de la santé en maisons de santé pluriprofessionnelles : enjeux et accompagnement des équipes et des coordinatrices		
Promotion 2020-2021		
<p><i>Résumé :</i></p> <p>L'un des nombreux objectifs des maisons de santé pluriprofessionnelles est d'opérer un rééquilibrage entre le curatif et le préventif. Pour y parvenir, des dispositifs ont été élaborés par les institutions et des acteurs associatifs tels qu'AVECsanté et ESSORT. Néanmoins, une enquête de terrain fondée sur des entretiens qualitatifs et des observations participantes, a mis en lumière les nombreuses difficultés auxquelles étaient confrontées les équipes, en particulier les coordinatrices qui portent la dynamique des projets : manque de compétences en gestion de projet, défaut d'appropriation de la part des professionnels de santé, dispositifs en décalage avec la réalité de terrain, absence de statut pérenne du coordinateur... Ainsi, pour dépasser ces limites, des pistes d'amélioration de l'accompagnement des équipes sont proposées par ESSORT, ce qui implique un repositionnement de l'association dans le paysage breton.</p>		
<p><i>Mots clés :</i></p> <p>Maison de santé pluriprofessionnelle, exercice coordonné, soins primaires, ESSORT, AVEC santé, prévention, promotion de la santé, coordination</p>		