



HAL
open science

Indice de bonheur partagé au sein d'une équipe exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle : élaboration de critères par méthode de consensus auprès de professionnels de santé lorrains

François Burté

► To cite this version:

François Burté. Indice de bonheur partagé au sein d'une équipe exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle : élaboration de critères par méthode de consensus auprès de professionnels de santé lorrains. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298568

HAL Id: hal-03298568

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298568v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE NANCY

Année 2019

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du 3^{ème} cycle de médecine générale

Par

François BURTÉ

Le 29/10/2019

INDICE DE BONHEUR PARTAGE AU SEIN D'UNE EQUIPE EXERÇANT
EN MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE. ÉLABORATION DE
CRITERES PAR METHODE DE CONSENSUS AUPRES DE
PROFESSIONNELS DE SANTE LORRAINS.

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Paolo Di Patrizio

Président de jury

M. le Professeur Bernard Kabuth

Juge

M. le Docteur Cédric Baumann

Juge

M. le Professeur Olivier Bouchy

Juge et Directeur

M. le Docteur Damien Gonthier

Co-directeur



Président de l'Université de Lorraine :

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Pr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (*Immunologie*)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (*Neurochirurgie*)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Éva FEIGERLOVA

5° sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBÉCK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

À mon maître et président de jury,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur des Universités de Médecine Générale

Directeur du DMG et Coordonnateur régional du DES de Médecine Générale

UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

Médecin généraliste à Dombasle-sur-Meurthe.

Je suis honoré que vous ayez accepté la présidence de mon jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Pour votre disponibilité, votre écoute et votre accompagnement dans mon travail, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de ma profonde gratitude.

À mon maître et juge

Mr le Dr Kabuth,

Professeur des universités

Praticien hospitalier de pédopsychiatrie

Je vous remercie sincèrement de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À mon juge,

Monsieur le Docteur Cédric Baumann

Maître de Conférences des Universités en Épidémiologie, économie de la santé et prévention,
Université de Lorraine.

Je vous remercie sincèrement de m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À mon juge et directeur de thèse,
Monsieur le Professeur Olivier Bouchy,
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,
Université de Lorraine,
Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain.

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse.
Je vous suis profondément reconnaissant pour votre disponibilité et votre implication tout au long de ce travail.

Pour votre enseignement sur l'art de la médecine générale, veuillez recevoir ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sincère amitié.

**À mon juge et Co-directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Damien Gonthier**

Je vous suis profondément reconnaissant pour votre disponibilité et vos conseils tout au long de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A ma famille et tout particulièrement :

A mes chers parents,
Merci pour votre amour, votre éducation et votre soutien tout au long de ces années. Votre regard sur la médecine restera, pour moi, un exemple à suivre.

A mon grand-père Jean-Marie,
Merci pour l'aide que tu m'as apporté durant les premières années de cette aventure.

A Clara, ma chère et tendre,
Merci de ton soutien inconditionnel à chaque étape de ce long travail.
Merci pour ta joie de vivre, ton humour et affection. Je t'aime

A mon frère Luc et ma sœur Marie-Laure,
Merci pour vos encouragements et votre bienveillance. Notre complicité reste une des choses les plus importantes à mes yeux.

A mes oncles et tantes, Roland, Odile, Raymond, Michèle, Patrick, Yves, Caroline, Didier, Lucie, Anne et Christian,
Merci pour vos encouragements.

A ma belle-mère Florence,
Merci pour votre accueil, votre humour, votre soutien et vos encouragements.

A mes cousins et cousines, Caroline, Benjamin, Nicolas, Elodie, Adèle, Brian, Emilie, Marie Luciana, Enrique, Marie Lucie, Cécile, Louise et Lucie,
Merci pour tous les bons moments passés ensemble.

A ma belle-famille, Robin, Bénédicte, Eric, Denis, Laurence, Jean-Claude, Sylvie, Nathalie, Iliane, Frédéric, Sarah et la dernière arrivée Chloé. Pensées à Gérard.
Merci pour vos encouragements.

A mes grand-mères Yvette et Françoise disparues,
Merci pour votre amour et pour tous les bons souvenirs à vos côtés.

A mes amis et tout particulièrement :

Aux vétérans de la BU, Yanis, Frédéric, Matthieu, Benjamin, Fanny, Anthony, Arthur et leurs moitiés Sandrine, Agathe, Elodie, Mylène et Caroline.

Merci pour votre gentillesse et pour tous les agréables moments que nous continuons de partager autour d'un verre.

Aux Co-internes et à ceux que la médecine a mis sur ma route, Christopher, Adrien, Paul Emile, Chloé, Narcisse, Thomas, Pauline, Mathilde, Geoffroy, Alexis, Jessica et aux Expandables de Sarrebourg

Merci d'avoir rendu ces études et ces stages en périphérie aussi mémorables.

Aux amis de Longwy qui m'ont vu grandir et évoluer à travers ces longues études, Jérôme J et W, Frédéric, Sabine, Pierre, Kévin, Florian, Guillaume Yannick, Mickael et leurs moitiés Elise, Mirana, Jennifer, Pauline, Mélissa, Frédérique et Stéphanie.

Merci pour toutes ces nuits blanches en LAN et tous ces bons moments passés ensemble.

A Emilien, Geoffrey, Jean Eudes, Nicolas, Maxime, Caroline et à leurs moitiés Caroline, Emilie et Sébastien.

Merci pour votre affection et tous les bons moments passés ensemble.

Et à tous les amis qui rendent agréable chaque moment passé ensemble à Nancy, Paul, Rachid, Cédric, Danny, Jean-Baptiste, Vincent, Francis, Déborah, Marine, Morgane, Mounir, Perrine, Christophe, Elvire, Florian, Raphael, Pascaline, Gaele et Alexandre.

Merci d'être vous.

Puisse cette amitié perdurer encore de nombreuses années,

Enfin, je tiens à remercier tous les professionnels de soins qui ont participé à la réalisation de ce travail.

Serment

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Préambule.....	18
1. Inadéquation entre offre médicale et demande	19
1.1. L'offre Médicale.....	19
1.1.1. Démographie des Médecins Généralistes	19
1.1.1.1. Son évolution au niveau Français	19
1.1.1.2. Son évolution au niveau régional.....	22
1.1.2. La transformation des attentes des professionnels.	23
1.2. La demande de soins.....	24
1.2.1. Contexte démographique.....	24
1.2.2. Etat de santé de la population.....	25
2. Maisons de santé pluriprofessionnelles.....	27
2.1. Définition.....	27
2.2. Historique	27
2.3. État des lieux en France et en Lorraine.	28
2.4. Impact des maisons et pôles de santé.	31
2.4.1. Pour les professionnels.....	31
2.4.1.1. Des avantages.....	31
2.4.1.2. Des inconvénients	32
2.4.2. Concernant les patients.....	32
2.4.2.1. Amélioration du parcours et de la qualité des soins	32
2.4.2.2. Un meilleur accès aux soins.....	33
2.4.2.3. L'enthousiasme des patients	33
3. Le bonheur au travail.....	34
3.1. La définition du bonheur.	34
3.2. Son impact	35
3.3. Transformer une émotion en chiffre : les indices de bonheur.	35
4. ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	37
INTRODUCTION.....	40
MATERIEL ET METHODE	41
1. Le choix de la méthode	41
2. Technique du Groupe Nominal	41
2.1 Sélection des experts.	41
2.2 La question Nominale	42

3. Méthode Delphi.....	42
3.1 Description	42
3.2 Recueil des données	42
3.3 Choix des experts.....	43
RESULTATS	44
1. Le groupe nominal	44
1.1 Composition du groupe d'expert.....	44
1.2 Production des idées.....	44
1.3 La clarification des énoncés	46
1.4 Le vote individuel et anonyme	46
2. La Méthode Delphi	48
2.1 Taux de participation au 1 ^{er} tour.	48
2.2 Résultats du 1 ^{er} tour.....	49
2.3 Reformulation des propositions	51
2.4 Taux de participation du 2 ^{ème} tour.....	51
2.5 Résultats du 2 ^{ème} tour.	51
3. La transcription et l'analyse des données	52
3.1 Communication et soutien.....	52
3.2 Intégration et respect	53
3.3 Organisation et structuration	53
3.4 Partage de valeurs communes	54
3.5 Conditions d'exercice.....	54
3.6 Valorisation et Epanouissement	55
DISCUSSION	56
1. Discussion sur la méthodologie	56
1.1 Choix de la méthode.....	56
1.2 Les limites des méthodes.....	56
1.3 Les biais.....	57
1.4 La prise de contact et recueil des données	58
2. Des propositions proches de la Pyramide de Maslow	59
BIBLIOGRAPHIE ARTICLE	63
Conclusion générale	65
Liste des abréviations :	66
Bibliographie.....	67
Annexes.....	71

Préambule

Depuis plusieurs années nous assistons à une importante modification du mode d'exercice des professionnels de santé en soins primaires. Ces professionnels évoluent dans un environnement changeant où les besoins de santé varient et nécessitent une adaptation de l'offre de soins. En effet, le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques participent à une augmentation des besoins en santé alors même qu'on assiste à une importante crise démographique médicale [1].

L'incompréhension et l'insatisfaction émanant de territoires faiblement dotés [2] appellent à des solutions rapides. Cependant, une reconstruction en profondeur du système de soins ne peut être réalisée du jour au lendemain et passe par la mise en œuvre de nombreuses réformes politiques successives et d'une modification des pratiques des professionnels en soins primaires. Ce contexte sociétal et politique difficile peut être mal vécu par les professionnels de santé qui y sont confrontés, constatant alors une modification de leurs conditions de travail et de leur bien-être. Ces conditions pouvant être source de désintéressement, de départ vers d'autres types de pratiques ou encore participer à un Burn Out de la profession [3].

Pour faire face à ces problématiques et permettre l'installation de jeunes médecins généralistes (MG), les pouvoirs publics et politiques plébiscitent les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) comme une partie de la solution. Ces structures sont soutenues par les médecins [4] mais leur création et la vie en leur sein présentent alors des avantages mais aussi des difficultés.

De nombreux travaux s'intéressent à l'impact des MSP sur la qualité des soins mais peu d'études traitent du bien-être au travail des professionnels de santé. L'indice de bonheur partagé est un indicateur permettant de mesurer le degré de satisfaction régnant au sein d'une équipe. C'est un outil habituellement utilisé dans les entreprises où le niveau de satisfaction est souvent corrélé à une bonne santé, une qualité de travail et une performance accrue. De nombreux indices existent déjà à différents niveaux de nos sociétés et se basent sur des critères pertinents concernant une population ou une profession ciblée. Cependant, à l'heure actuelle, aucun indice ne s'attache à évaluer le bonheur qui règne au sein d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant en MSP. L'objectif de ce travail est de déterminer les critères pertinents qui s'intégreront à un indice de bonheur partagé.

1. Inadéquation entre offre médicale et demande

1.1. L'offre Médicale.

1.1.1. Démographie des Médecins Généralistes

1.1.1.1. Son évolution au niveau Français

Au premier janvier 2018, 296 755 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre dont 102 000 médecins généralistes. S'il apparaît qu'il n'y a jamais eu autant de médecins en France, ce chiffre reste à nuancer devant l'importante augmentation des médecins retraités inscrits (+43,6% depuis 2010) et la modification de l'activité des actifs [5].

En effet, le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière ou « pleine » soit une diminution de 7% depuis 2010 et de 0,4% depuis 2017 (Figure 1). Une tendance ayant une forte probabilité de se confirmer d'ici 2025 (Figure 2).

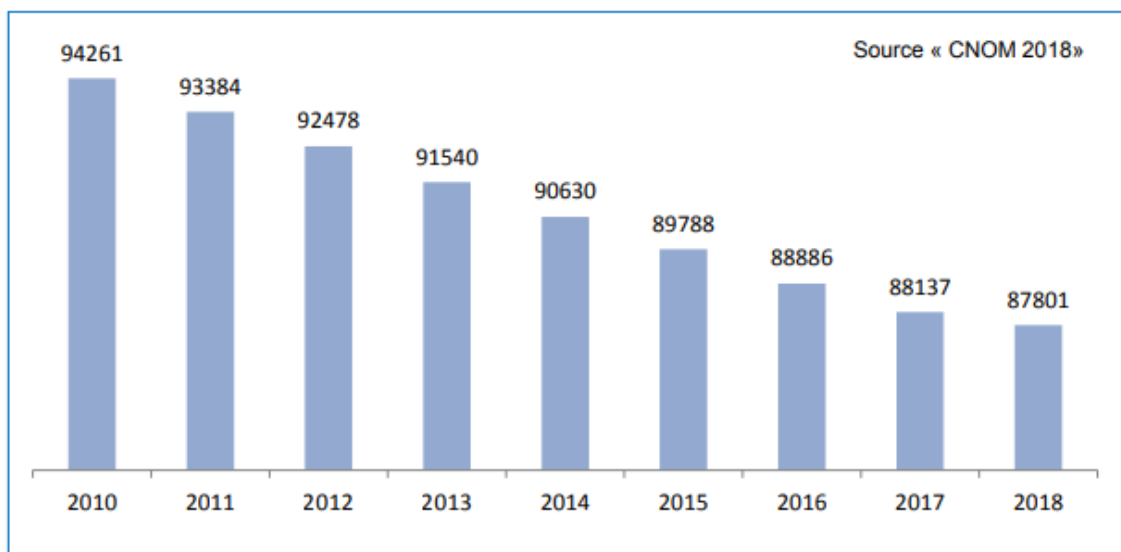


Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues) Source CNOM 2018

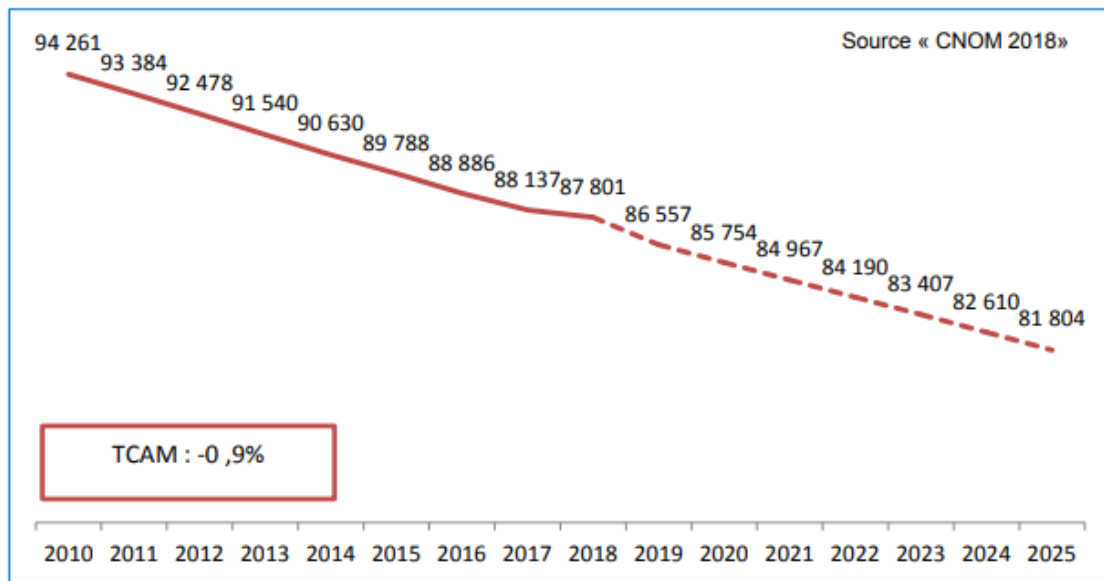


Figure 2 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues) Source CNOM 2018

Concernant leur répartition, on constate une importante disparité départementale. En dehors de la bordure Atlantique, les DOM TOM et une frange Est de la Région Auvergne Rhône Alpes, une très nette majorité des territoires perdent une partie de leurs effectifs de médecins généralistes en activité régulière (Figure 3).

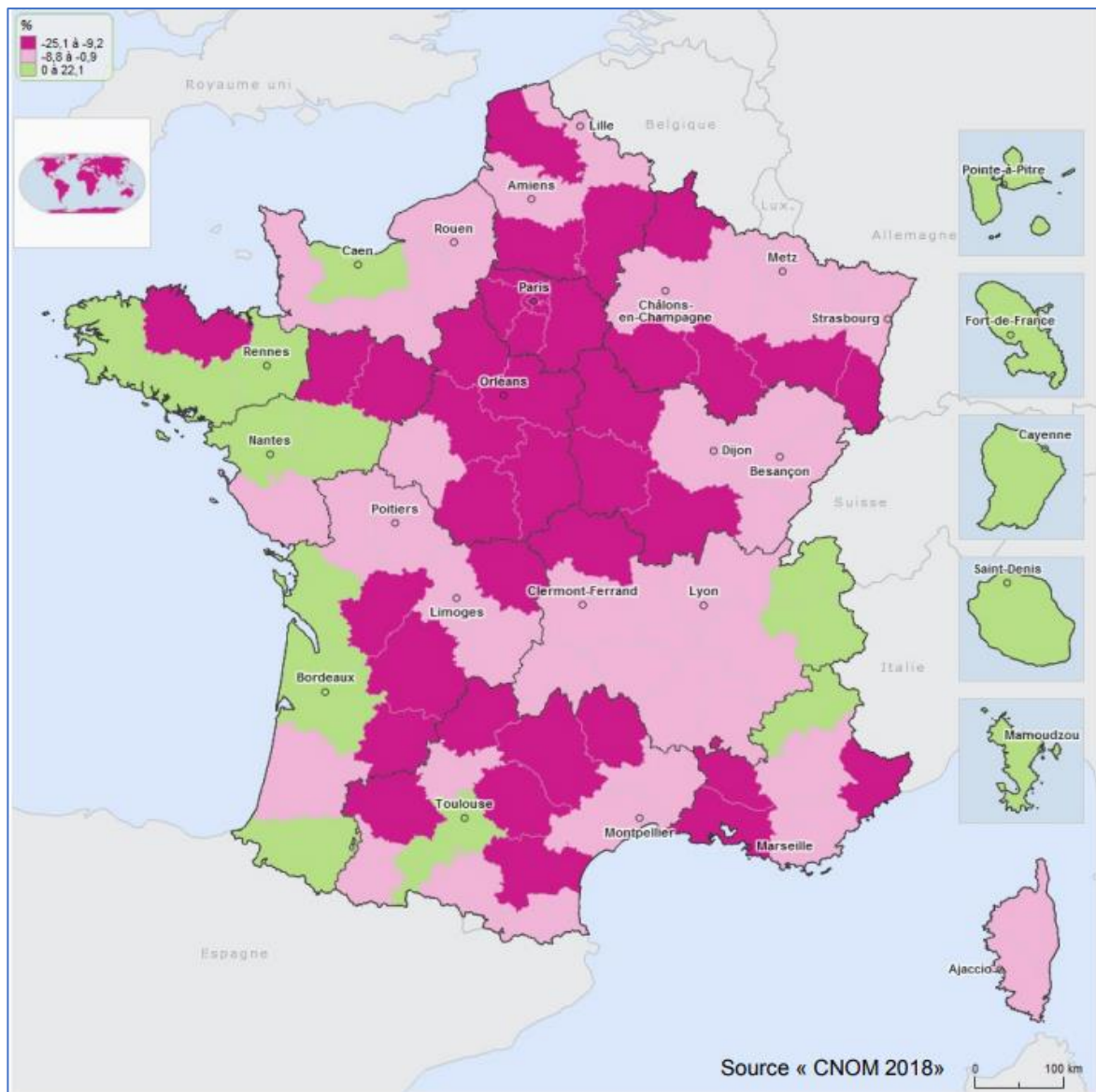


Figure 3 : Variation 2010- 2018 des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (%) Source CNOM 2018

Enfin, on constate une augmentation de 4% du nombre de médecins préférant faire le choix d'un exercice salarié. C'est ainsi le mode d'exercice choisi par 37% d'entre eux en 2018, contre 33% en 2010.

1.1.1.2. Son évolution au niveau régional.

La région Grand Est compte 7 783 médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins au 1^{er} Janvier 2016, ce qui représente une légère diminution par rapport aux effectifs de 2012. Cette baisse est similaire à celle constatée au niveau national (Figure 4).

	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012-2016 en %
Grand Est	7868	7800	7806	7791	7783	-1,1%
France métropolitaine	92 804	92 562	92 796	92 665	92 292	-0,6%

Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application « Portrait de territoire »

Figure 4 : Evolution des effectifs de MG entre 2012 et 2016 en région grand Est et en France Métropolitaine. Source CNOM 2018

4 357 médecins généralistes (56%) sont titulaires d'un cabinet libéral et 1 268 (16%) sont salariés non hospitaliers (médecin du travail, médecin scolaire, médecin de santé publique et praticien conseil) [6]. La densité des médecins généralistes de la région Grand Est (nombre de praticiens pour 100 000 habitants) est inférieure à la moyenne nationale de près de 5%. Seul 3 départements où sont implantés des centres hospitaliers universitaires ont une densité supérieure (Figure 5).

	DENSITE 2012		DENSITE 2016)**		% évolution de la population
	population	densité	population	densité	
Ardennes	283 110	134,9	280 907	126	-0,8%
Aube	303 997	121,4	306 581	122	0,9%
Marne	566 571	147,9	569 999	145,8	0,6%
Haute-Marne	182 375	142	181 521	142,1	-0,5%
Meurthe-et-Moselle	733 124	161,1	731 004	164,3	-0,3%
Meuse	193 557	133,3	192 094	137,4	-0,8%
Moselle	1 045 146	130,3	1 046 873	126,7	0,2%
Bas-Rhin	1 099 269	157,1	1 109 460	156,2	0,9%
Haut-Rhin	753 056	137,3	758 723	133	0,8%
Vosges	378 830	137,3	375 226	139,4	-1%
Grand Est	5 539 039	142,0	5 552 388	140	0,2%
France métropolitaine	63 070 344	147,1	63 697 865	144,9	1,0%

Source : RPPS au 01.01.2016 - Exploitation ARS Grand Est, à partir de l'application « Portrait de territoire » (densité)

Source INSEE (population) : (*) estimation par rapport à la population de 2011

(**) estimation par rapport à la population municipale de 2013 telle que définie par le décret 2015-1851 du 29/12/2015

Figure 5 : Evolution de la densité des MG entre 2012 et 2016. Source CNOM 2018

Les estimations basées sur le nombre d'inscription à l'Ordre des médecins sur les 5 dernières années et sur le départ à la retraite systématique des médecins à 67 ans prévoient une diminution de près de 10% du nombre de praticiens en 2030. (Figure N°6)

Projections 2016 à 2030 du nombre de médecins généralistes

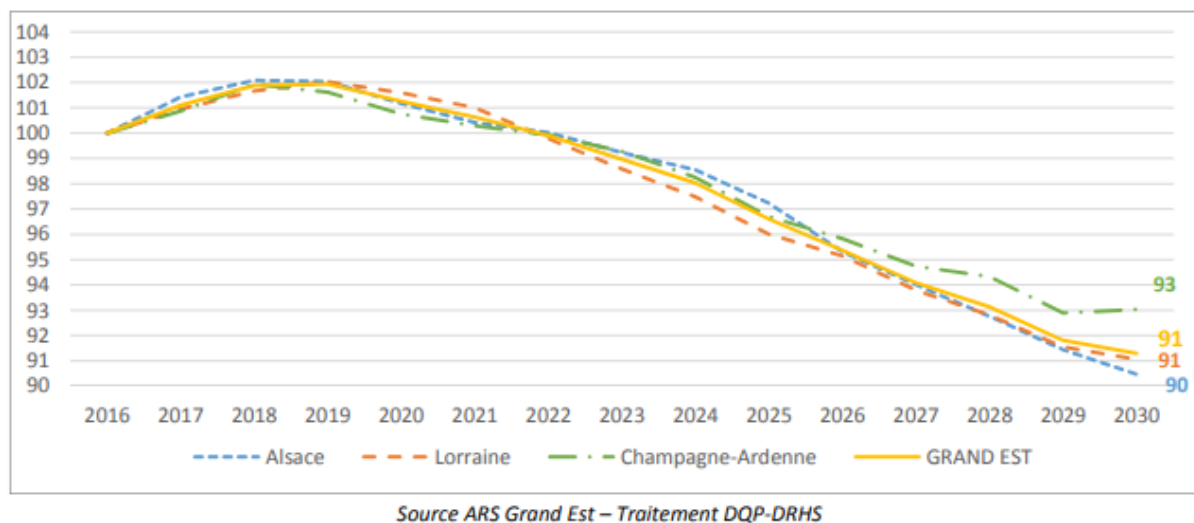


Figure 6 : Projections 2016 à 2030 du nombre de médecins généralistes ; Grand Est (Source ARS)

1.1.2. La transformation des attentes des professionnels.

On assiste à un véritable virage générationnel de la pratique vers l'activité salariée. En effet, le nombre de jeunes médecins qui choisissent une activité salariée 5 ans après leur première inscription à l'Ordre a augmentée de 10% entre 2007 et 2017, seuls 40% des jeunes médecins choisissent encore un exercice libéral. Les médecins salariés représentent alors 37,5% de l'effectif [7].

Ce désintéressement s'explique par le manque d'attractivité de la spécialité. En effet la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a récemment classé la médecine générale en avant dernière position d'attractivité des choix de spécialités aux ECN. Cet abandon peut sans doute s'expliquer par la méconnaissance du métier par les étudiants effectuant principalement des stages en milieux hospitalier [8] durant leur cursus mais aussi par la pénibilité apparente de l'exercice libéral lié à la gestion d'un cabinet. De plus, l'écart de revenu entre les médecins généralistes et les autres spécialistes s'est creusé au cours de la dernière décennie, renforçant ainsi l'attrait d'autres spécialités pour les futurs médecins [9].

Ensuite, les nouvelles générations de médecins ont des attentes différentes, elles souhaitent pouvoir concilier vie privée et vie professionnelle expliquant une réduction du temps de

travail hebdomadaire. A cela s'ajoute une féminisation de la profession avec 9% de femmes généralistes de plus en 8 ans, représentant alors 48,2% des effectifs. D'après la DREES, cette féminisation s'accompagne d'une diminution de la durée de travail hebdomadaire des médecins généralistes [10].

Enfin, l'exercice en équipe semble attirer toujours plus de professionnels. A ce jour, seuls 9% des jeunes médecins envisagent d'exercer seuls en cabinet [11]. L'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a mené une enquête nationale dans laquelle elle a interrogé les internes en Médecine Générale sur leurs souhaits d'exercice. A la question : « quels types de mesures vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ? », 69,5% des internes ont répondu en faveur d'une aide financière et logistique à la création d'une MSP ou d'un cabinet de groupe [12]. L'aspect pluriprofessionnel semble ainsi être une motivation, notamment pour les jeunes générations.

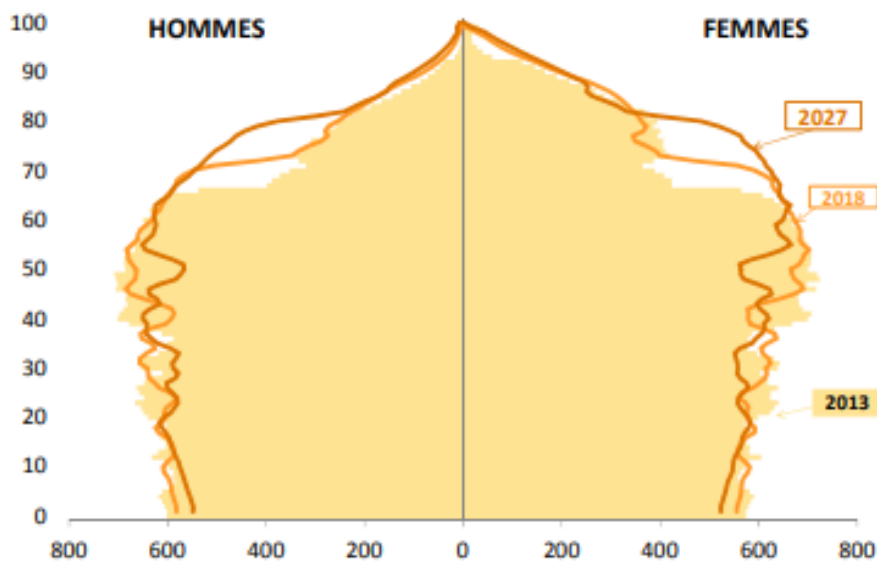
1.2. La demande de soins

L'ARS de la région Grand Est, avec le concours des observatoires régionaux de la santé d'Alsace et de Lorraine, a entrepris la réalisation d'un état des lieux régional sur l'état de santé de la population en Grand Est.

1.2.1. Contexte démographique

Au 1er janvier 2013, la région Grand Est compte 5,5 millions d'habitants. Sa population a augmenté de 0.16% entre 2006 et 2013 mais connaît un vieillissement rapide, avec un taux de personnes âgées de plus de 85 ans en augmentation de 6,52% en moyenne, soit près de 1 point de plus que dans l'ensemble de la France métropolitaine.

D'ici 2027, si les tendances se poursuivent, la population du Grand Est devrait continuer de croître et près d'un quart sera âgée de 65 ans ou plus (Figure 7). Le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus va continuer d'augmenter progressivement jusqu'en 2031 où la tendance va s'accélérer [6].



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

Figure 7 : Structure par âge de la population projetée du Grand Est en 2013, 2018 et 2027.

1.2.2. Etat de santé de la population

Même si les conditions de santé dans le Grand Est n'ont cessé de s'améliorer depuis le début des années 2000, en 2012 l'espérance de vie à la naissance s'établit à 80,8 ans, soit un an de moins que celle de l'ensemble de la France. Le taux de mortalité reste ainsi encore supérieur de près de 8% à la mortalité française.

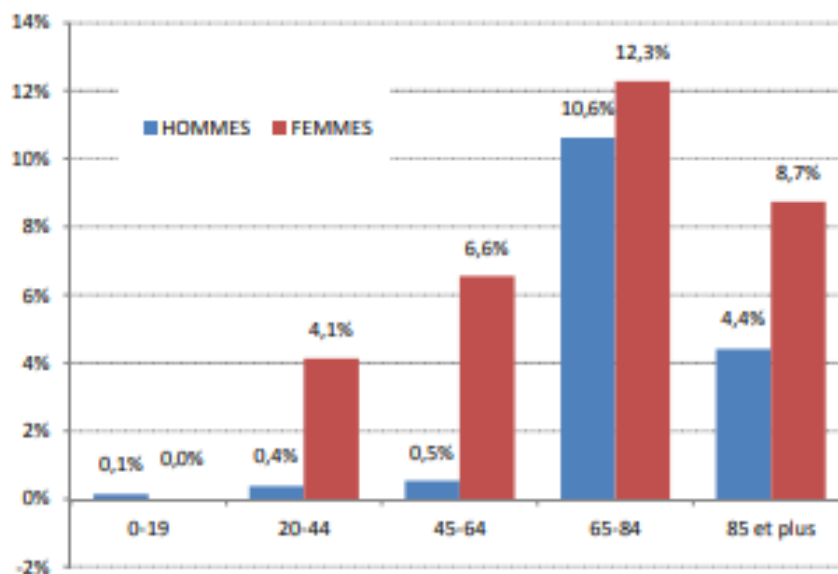


Figure 8 : Ecart à la mortalité française métropolitaine par tranche d'âge dans la région Grand Est entre 2011 et 2013.

Les principales causes de décès de la région sont les cancers et les maladies cardio et neurovasculaires qui expliquent ainsi plus de 53% de décès annuels, le Grand-Est étant la troisième région de France présentant le taux de mortalité par cancer le plus élevé. Les maladies cardio-neurovasculaires constituent la 2^{ème} cause de mortalité mais sont en nette diminution depuis le début des années 2000 (-37 %) malgré un taux régional de prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans le plus élevé de France. De plus, le Grand-Est est la région connaissant la plus forte mortalité liée au diabète avec plus de 4 000 décès chaque année et présente une situation défavorable en matière d'obésité des adultes. D'autre part, les causes externes de mortalité, par nature potentiellement évitables, sont à l'origine de près de 3 000 décès par année (1 décès sur 16). Il s'agit principalement d'accidents de la vie courante (58 % de ces décès), de suicides (27 %) et d'accidents de la circulation (9 %).

Au total, ce sont ainsi 23,6 millions d'actes délivrés à une patientèle qui a augmenté de près de 12 % en 10 ans. Ceci représente un nombre d'actes moyen par praticien de 5 176 actes, quota supérieur à la moyenne nationale (4 667 actes) [6].

Cette majoration des besoins de santé apparait dans un contexte où la démographie des médecins généralistes reste préoccupante. Cette inadéquation entre l'offre et la demande laisse alors présager des tensions grandissantes dans les prochaines années. Pour répondre à ce problème, différentes mesures ont été mises en place par le gouvernement dans le cadre du Pacte Territorial de Santé afin de faciliter l'installation des médecins par la création de maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) [8].

2. Maisons de santé pluriprofessionnelles

L'implantation de MSP dans les territoires déficitaires en offre de soins [13] est l'une des mesures prises par le Gouvernement pour remédier aux déserts médicaux et à la modification des besoins de soins [14]. Les données de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) sur ce sujet rapportent un impact des MSP sur l'attractivité des généralistes avec une moindre diminution de leur densité dans les territoires ruraux et une amélioration de leur densité dans les espaces périurbains moins dotés en offre de soins.

2.1. Définition

Une maison de santé pluriprofessionnelle est le regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux. Elle est composée d'au moins 2 médecins et d'1 autre professionnel de santé autour d'un projet de santé commun validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Sa définition légale provient de la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007 issue du code de la santé publique, article L. 6323-3 [15] : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12. Ils participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé [16]. Le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et est transmis pour information à l'ARS. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé » [17].

2.2. Historique

Dès 2005, les pouvoirs publics et les régimes d'assurance maladie ont soutenu les maisons de santé, en termes d'investissement et d'aide au fonctionnement [18]. Les lois successives de modernisation de notre système de santé organisent le recentrage du système de soins autour des professionnels de santé de proximité et du médecin traitant avec une véritable stratégie de développement de ces soins [8][19]. Un nouveau mode d'exercice s'est alors développé à

l'initiative de professionnels de santé libéraux. Il favorise la coopération interprofessionnelle sur le modèle des centres de santé ou des réseaux de santé. Ces différents professionnels se réunissent en équipe, échangent sur leurs pratiques, sur les soins prodigués et élaborent des protocoles de soins afin d'améliorer le parcours et la prise en charge des patients. On observe progressivement une dynamique de création de maisons et de pôles de santé pluriprofessionnels (PSP) sur le territoire [14].

A partir de 2012, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) [20] est devenue la seule forme de société reconnue par les ARS. Elle est constituée de personnes physiques exerçant une profession médicale au titre du code de la santé. Elle présente l'avantage, à l'inverse d'une société civile de moyens (SCM), de pouvoir recevoir des dotations de l'état et de les répartir entre ses membres. L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) a proposé de nouvelles aides au fonctionnement sous forme de forfait de coordination en sus du paiement à l'acte. La réforme de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) permet de pérenniser et de renforcer ces NMR, tout en valorisant le travail pluriprofessionnel en MSP.

2.3. État des lieux en France et en Lorraine.

Les MSP représentent aujourd'hui une proportion marginale des libéraux installés en groupe mais leur nombre ne cesse de progresser depuis une dizaine d'années [6]. La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a vu leur nombre passer d'environ 175 à 910 en sept ans.

Tableau 1 : Etat des lieux des MSP en France.

	2014	2015	2016	2017
Nombre de MSP en fonctionnement	436	616	778	910
Nombre de MSP en projets	493	407	382	334
Nombre total de MSP	929	1023	1160	1244

En mars 2017, on comptait 40 MSP sur le périmètre Lorrain et 35 projets de plus sur l'ensemble de la région Grand Est. En 2018, il existe près de 90 MSP dans la région et une quarantaine de plus sont en projet (Figure 9).

Une étude de l'IRDES [13] portant sur les zones d'implantations des MSP montre que trois quarts des maisons de santé sont répartis dans des espaces à dominante rurale et 95% d'entre elles respectent le caractère pluriprofessionnel légal. Dans ces espaces, les maisons de santé sont situées dans des bassins de vie plutôt défavorisés en termes d'offre de soins et les populations ont un état de santé moindre. L'implantation des maisons de santé dans ces espaces semble donc répondre à une logique de maintien de la répartition de l'offre de soins de premiers recours [21].



Figure 9 : Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en grand Est (12/2017) Source ARS

2.4. Impact des maisons et pôles de santé.

2.4.1. Pour les professionnels

2.4.1.1. Des avantages

Rejoindre une équipe engagée dans une démarche dynamique sur un territoire peut être une source de motivation pour des professionnels. La maison de santé représente un lieu de formation pour les futurs praticiens et leur inscription dans un projet de cette nature permet aux professionnels en fin de carrière d'avoir une meilleure assurance d'une prise en charge ultérieure de leur patientèle [22]. Cette adhésion permettrait de se décharger d'une partie des tâches administratives, de mutualiser les moyens tels que l'équipement, les emplois liés au fonctionnement et les mises à niveau des locaux liées par exemple à l'accès aux personnes handicapées [23]. Ceci permet également une organisation plus aisée des emplois du temps et des congés afin de répondre au besoin grandissant des acteurs de santé à pouvoir allier vie privée et professionnelle.

De plus, travailler en réseau participe à rompre l'isolement des professionnels qui voient diminuer leur sentiment d'échec ainsi que leur incertitude face à la prise de décision médicale et au parcours de soins du patient. Le travail en groupe permet une reconnaissance des autres et a pour effet d'augmenter le capital social du professionnel à travers la création de nouvelles relations. La solidarité, la coopération, la création d'un savoir collectif, le partage et la complémentarité, sont alors perçus comme des ressources. Le travail en équipe semble ainsi apporter un gain de sens, une plus grande motivation et une plus grande satisfaction au travail [24].

Un des principaux intérêts du regroupement reste la communication qui se traduit sous forme d'échanges informels entre professionnels ou par l'organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP). Il s'agit alors d'évoquer les difficultés rencontrées concernant les cas complexes et d'harmoniser les pratiques et les messages délivrés avec par exemple, des protocoles pluriprofessionnels. L'équipe va aussi à la rencontre des autres acteurs du territoire pour organiser les interfaces entre les structures médicales et médico-sociales et faciliter ainsi la prise en charge des patients.

2.4.1.2. Des inconvénients

Le développement des MSP présente aussi de nouvelles problématiques et convaincre les professionnels de santé de s'inscrire dans un projet de MSP reste difficile. Notamment pour l'ancienne génération de médecins qui ne perçoit pas l'intérêt d'un travail en groupe. La modification de leur mode d'exercice n'est pas facilement acceptée et peut être une source d'anxiété entraînant l'absence d'adhésion au projet.

De plus, les médecins n'en sont pas moins renvoyés à leur seule responsabilité dans la prise de décision et la gestion du secret professionnel. De même, les gains en autonomie et en pouvoir d'agir doivent être relativisés, le travail du professionnel étant alors dépendant du travail des autres au sein d'un référentiel commun plus strict. Le professionnel peut alors développer un sentiment de perte de liberté, redoublé par les incertitudes relatives à la pérennisation de la structure à laquelle il appartient. Tant et si bien que les professionnels de santé peuvent subir les structures plus qu'ils ne les pilotent [24].

En outre, le travail en réseau occasionne la plupart du temps une charge supplémentaire (tâches administratives, réunions de coordination...), la gérance des MSP étant alors perçue par les professionnels de santé comme une contrainte du fait de son caractère chronophage, lourd et complexe pour laquelle ils ne sont pas formés durant leurs cursus. Cela pouvant potentiellement conduire à un épuisement et un retrait progressif de la participation aux projets [25].

Enfin, chaque professionnel est avant tout une personne humaine avec des caractéristiques propres. Sa gestion des relations sociales internes au groupe ou encore sa façon de faire face à certaines difficultés peuvent susciter un questionnement et un conflit intra personnel avec notamment une interrogation sur la posture déontologique à adopter.

2.4.2. Concernant les patients

2.4.2.1. Amélioration du parcours et de la qualité des soins

L'évaluation de la prise en charge des patients en MSP est un enjeu de recherche en soins primaires complexe à évaluer [26]. Un rapport de IRDES de 2014 qui évalue la performance des maisons, pôles et centres de santé sur la période 2009- 2012 estime que les médecins généralistes exerçant de manière regroupée présenteraient une meilleure qualité de pratique Cette étude se base sur les indicateurs des objectifs cibles de l'ENMR et de la rémunération

sur objectifs de santé publique (ROSP) avec une attention particulière au suivi des pathologies chroniques. Les MSP sembleraient apporter un suivi amélioré et un meilleur parcours de soins pour les patients atteints de ces pathologies grâce notamment à des actions coordonnées, des protocoles de prise en charge, des programmes de prévention primaire et des actions d'éducation thérapeutique. De plus, il est mis en évidence une amélioration de la qualité des pratiques concernant la vaccination, le dépistage et l'efficacité de la prescription [27].

2.4.2.2. Un meilleur accès aux soins

La MSP améliore la continuité des soins en centralisant l'accueil des patients et en les orientant plus efficacement. L'augmentation du nombre de ces regroupements doit permettre une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins selon une approche territoriale cohérente. De plus, ils permettent un maintien des professionnels de santé sur le territoire et améliore l'offre de soins de proximité [26].

2.4.2.3. L'enthousiasme des patients

Des travaux de thèse sur la perception des soins par les usagers des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels semblent montrer que le patient considère que le travail en équipe améliore la qualité des soins, ainsi que l'organisation entre les professionnels. En effet, 95% des patients sont enthousiastes vis-à-vis de la pluridisciplinarité apportée par les maisons médicales. La satisfaction globale envers les maisons médicales pluriprofessionnelles est excellente avec 97,89% de patients satisfaits [28]. La coopération, la coordination et la communication apparaissent aux yeux des patients interrogés comme une optimisation des soins permettant une meilleure gestion de l'urgence, un meilleur maintien à domicile des personnes âgées et une diminution du nombre d'hospitalisation [29].

3. Le bonheur au travail.

À l'heure où les difficultés liées à la pratique médicale telles que les violences [30], la surcharge de travail [31] ou encore la législation contraignante augmentent, la question de la santé psychique des professionnels [3] de santé prend un relief grandissant et sa compréhension devient un enjeu de santé publique.

3.1. La définition du bonheur.

Selon Kant, la notion même de bonheur pose d'abord un problème, car le contenu concret (empirique) en est impossible à cerner. « *Le concept de bonheur n'est pas un concept que l'homme abstrait de ses instincts et qu'il extrait en lui-même de son animalité, mais c'est une simple idée d'un état, à laquelle il veut rendre adéquat cet état sous des conditions simplement empiriques (ce qui est impossible)* » [32].

De même il suggère que le bonheur supposerait que nous puissions satisfaire tous nos désirs, pleinement et sans interruption : « *Le bonheur est la satisfaction de toutes nos inclinations (tant extensive, quant à leur variété, qu'intensive, quant au degré, et aussi protensive, quant à la durée) évidemment ce programme est irréalisable ! Mais le bonheur ne demande en réalité que de satisfaire nos besoins* » [33].

Chacun, sous l'impulsion de sa nature, est cependant porté à rechercher son propre bonheur. Mais du fait de l'irréalisme du contenu du concept, quiconque veut se donner comme impératif dans la vie de se consacrer effectivement à cette recherche sera bien embarrassé : « Le concept de bonheur est un concept si indéterminé, que, malgré le désir qu'a tout homme d'arriver à être heureux, personne ne peut jamais dire en termes précis et cohérents ce que véritablement il désire et veut. La raison en est que tous les éléments qui font partie du concept de bonheur sont dans leur ensemble empiriques, c'est-à-dire doivent être empruntés à l'expérience, et que cependant pour l'idée du bonheur, un tout absolu, un maximum de bien-être dans mon état présent et dans toute ma condition future est nécessaire. Or il est impossible qu'un être fini si perspicace et en même temps si puissant qu'on le suppose se fasse un concept déterminé de ce qu'il veut véritablement. Richesse ? ... Connaissances ? ... Longue vie ? .. Santé ? ... Il n'y a donc pas à cet égard d'impératif qui puisse commander au

sens strict du mot de faire ce qui rend heureux, parce que le bonheur est un idéal non de la raison mais de l'imagination. » [34]

Une tentative plus récente de définir le bonheur serait : « un état émotionnel agréable, équilibré et durable » dans lequel se trouve quelqu'un qui estime être parvenu à la satisfaction des aspirations et désirs qu'il juge importants. Il perçoit alors sa propre situation de manière positive et ressent un sentiment de plénitude et de sérénité, d'où le stress, l'inquiétude et le trouble sont absents. Cette impression ressentie, indispensable à la survie des mammifères, est principalement le résultat de la production de sérotonine, dans les noyaux du raphé du tronc cérébral, réduisant la prise de risques et poussant ainsi l'individu à maintenir une situation qui lui est favorable. Le bonheur ne doit pas être confondu avec la sensation passagère de plaisir, issue principalement de la production de dopamine, mais représente au contraire un état d'équilibre, agréable, qui dure dans le temps. » [35]

3.2. Son impact

De nombreuses recherches ont permis d'établir la place majeure qu'occupe la santé au travail dans l'ensemble des enjeux de santé publique [36]. Ces recherches vont puiser dans la psychologie positive, l'économie, les neurosciences, la sociologie des organisations et la psychologie sociale. Elles semblent indiquer que l'individu épanoui au sein d'une équipe présente un plus fort engagement, un meilleur état de santé, un comportement avéré de coopération, une faculté plus développée d'innovation mais aussi une plus grande efficacité. Ces facteurs combinés, on observe une meilleure performance globale de la personne qui se sent bien [37]. Comprendre, mesurer et influencer le bonheur est alors central, mais comment quantifier une notion aussi abstraite ?

3.3. Transformer une émotion en chiffre : les indices de bonheur.

Il existe aujourd'hui, à chaque niveau de nos sociétés (état, région, département, professions, sous-groupe de population...) de nombreux outils de mesure du bonheur.

Le premier indice attaché à l'état de bonheur humain est apparu au Bhoutan en 1972. Il a été inscrit dans la constitution du pays comme définition du niveau de vie de l'état en 2008. C'est

ainsi le bonheur national brut (BNB) qui remplace la notion de Produit intérieur brut (PIB) en considérant le bonheur comme la ressource principale à cultiver.

A grande échelle on peut citer aussi l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avec GLOBECO qui mesure un indice de bonheur mondial (IBM) [38][39] en sélectionnant chaque année 40 indicateurs issus de sources crédibles (Banque mondiale, OMS, Amnesty...) et propose un classement des pays. A plus petite échelle on retrouve des indices s'intéressant à nos régions [40] ou encore, à des catégories plus précises de nos sociétés. On peut citer la Fabrique Spinoza [37] qui s'attache à développer une science du bonheur et explorer les mécanismes de l'épanouissement humain, individuel et collectif ou encore l'observatoire des Évolutions et Relations en Santé au travail (EVREST) qui se veut être une aide aux médecins du travail au travers de leurs questionnaires [41].

En matière de santé au travail comme dans bien d'autres domaines des sciences sociales, les indicateurs chiffrés ne sont pas porteurs d'une autorité supérieure à celles des approches cliniques ou du débat social. C'est-à-dire qu'ils sont limités par la qualité des informations qu'ils rapportent (pertinence des questions, subjectivité des réponses, compréhension globale d'un problème complexe) et ne sont pas suffisants à eux seuls pour établir une solution. Néanmoins, l'usage d'indicateurs chiffrés et leur élaboration peuvent favoriser la confrontation des points de vue, souligner les constats et mettre évidence des problèmes parfois difficiles à appréhender afin de proposer des approches diversifiées et nuancées des solutions possibles [42].

À notre connaissance, aucun outil n'a été développé pour la mesure d'un indice de bonheur concernant une population de professionnels de santé exerçant au sein d'une équipe pluriprofessionnelles en MSP.

4. ARTICLE SCIENTIFIQUE

TITRE : INDICE DE BONHEUR PARTAGE AU SEIN D'UNE EQUIPE
EXERÇANT EN MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE.
ÉLABORATION DE CRITERES PAR METHODE DE CONSENSUS
AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE LORRAINS.

François Burté^{†§}, Olivier Bouchy[†], Damien Gonthier[†], Paolo Di Patrizio[†],

[†]Université de Lorraine, UFR Médecine, Département de médecine Générale

[§]Université de Lorraine, EA 4433 Laboratoire Interpsy, sous-équipe Prisme

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Depuis plusieurs années, les professionnels de santé en soins primaires évoluent dans un contexte sociétal et politique tendu où l'augmentation des besoins de santé appelle à une reconstruction en profondeur du système de soins. Les difficultés qui en découlent sont source de désintéressement et participent à un burn-out de la profession. Pour faire face à ces problématiques, les pouvoirs publics plébiscitent la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ce nouveau mode d'exercice semble présenter des avantages mais participe-t'il à l'amélioration des conditions de travail et au bien-être des équipes pluriprofessionnelles ? Pour répondre à cette question il est nécessaire de comprendre les éléments qui participent à l'émergence et au maintien d'un bonheur partagé. L'objectif principal de l'étude est de déterminer les critères pertinents qui s'intégreront à un indice de bonheur partagé au sein d'une équipe pluriprofessionnelle de santé exerçant en MSP.

Méthode : Une étude qualitative au travers de 2 méthodes de consensus a été réalisée. Le premier temps était celui de la production des critères par un groupe nominal constitué d'experts meusiens ayant démontré une forte expérience au sein d'une MSP. Le deuxième était celui de la validation de ces critères par questionnaires informatiques via une méthode Delphi en 2 tours auprès de professionnels de santé exerçant dans 48 MSP de Lorraine.

Résultats : 18 critères ont été proposés par un groupe nominal constitué de 9 experts meusiens lors de la première partie de l'étude. Parmi ces propositions, 17 ont été validées par consensus auprès de 35 professionnels Lorrains exerçant dans 20 MSP, confortant alors l'idée d'une bonne représentativité des critères initiaux. L'analyse des résultats avait permis de classer les propositions formulées dans 6 catégories différentes : Communication et Soutien, Intégration et Respect, Organisation et Structuration, Partage de valeurs communes, Conditions d'exercice et Valorisation et Epanouissement.

Discussion : Le bonheur partagé au sein d'une équipe se résumerait à la réalisation des besoins fondamentaux de chacun de ses membres. L'exercice de la vie et de l'épanouissement d'une équipe n'est pas un travail ponctuel, il demande une véritable stratégie qui s'articule autour de l'ensemble des acteurs et qui s'alimente au quotidien. Il s'agit de trouver la bonne recette afin d'y doser correctement tous les ingrédients nécessaires : la communication, l'intégration, le respect, l'écoute, le soutien, l'équité, le partage de valeurs communes, le management de l'équipe et la mise en place de conditions de travail propice à un équilibre professionnel mais aussi personnel. La réussite d'une vie en équipe participe à la performance collective mais la satisfaction d'un travail accompli permet l'épanouissement de chacun. La mesure d'un indice de bonheur partagé propre à chaque MSP, basée sur ces critères pertinents, permettra de suivre à grande échelle l'état de satisfaction des équipes qui y évoluent. Il sera alors possible de repérer des MSP en difficulté et de leur proposer des solutions adaptées, participant à leur pérennité. Un travail statistique et épidémiologique sera nécessaire dans un second temps pour intégrer ces critères à un outil efficace.

TITRE EN ANGLAIS: EVALUATING TEAM SHARED HAPPINESS WITHIN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CENTER. DEFINING CRITERIA THROUGH A CONSENSUS METHOD AMONG LORRAINE-BASED MEDICAL PROFESSIONALS.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE- ANNÉE 2019

MOTS CLÉS : Maison de santé pluriprofessionnelle, soins primaires, Indice de bonheur partagé, Technique du groupe nominal, Méthode Delphi.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

ABSTRACT:

Introduction: For the past few years, primary health care professionals have been evolving in a tense political and societal context where an increase of health care needs called for a major reconstruction of the health care system. The difficulties that arose are a source of disinterest, which led to an overall burnout of the large part of the profession. In order to face these rising problems, the Authorities have called for the creation of Multidisciplinary Medical Centers (MMCs). This new method of practice seems to provide many advantages, but does it contribute to the improvement of working conditions and to the well-being of multidisciplinary medical teams? In order to answer this question, the main elements that contribute to the emergence and sustainability of shared happiness have to be understood. The core goal of this study is to determine relevant criteria that will combine into a shared happiness rate within a multidisciplinary medical team working in an MMC.

Methodology: A qualitative study relying on 2 consensus methods has been performed. First, the various criteria were designed by a nominal group of experts from Meuse who had proven extremely experienced within an MMC. Then these criteria were double checked through computer questionnaires through a 2-turn Delphi method among health care professionals working in 48 different MMCs in Lorraine.

Results: A nominal team of 9 experts from Meuse submitted 18 criteria during the first part of the study. 17 of these suggestions were validated through a consensus reached among 35 health care professionals from Lorraine working in 20 different MMCs, consolidating the idea of a relevant representativity of the initial criteria. Analyzing these results made it possible to sort the written suggestions into 6 different categories: Communication and Support, Integration and Respect, Organization and Structure, Shared values, Working conditions, and Valorization and Fulfillment.

Conclusion: Happiness shared within a team can be summarized as the fulfilment of the core needs of its individual members. Living conditions and global fulfillment of a team is not a one-off task, it requires a genuine strategy designed among every actor and upheld on a daily basis. Some recipe needs to be found in order to have a proper dosage of every required ingredient: communication, integration, respect, attentiveness, support, fairness, common values, team management, and working conditions set up in order to reach professional and personal balance of some sort. Success within a team contributes to the overall performance, but being satisfied with one's work lets everyone feel fulfilled. The measure of a shared happiness rate within each MMC, based on relevant criteria, will make it possible to monitor the general satisfaction of the teams working there on a larger scale. It will then be possible to detect MMCs that are in trouble and provide suitable solutions for them, contributing to their overall sustainability. A statistical and epidemiological work will be required further down the line in order to integrate these criteria into an effective tool.

TITRE EN ANGLAIS: EVALUATING TEAM SHARED HAPPINESS WITHIN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CENTER. DEFINING CRITERIA THROUGH A CONSENSUS METHOD AMONG LORRAINE-BASED MEDICAL PROFESSIONALS.

THÈSE: MÉDECINE GÉNÉRALE- ANNÉE 2019

MOTS CLÉS: Multidisciplinary Medical Centers, primary health care, shared happiness rate, nominal group Technique, Delphi technique.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, nous assistons à une importante modification du mode d'exercice des professionnels de santé en soins primaires. Ces professionnels évoluent dans un environnement changeant où les besoins de santé varient et nécessitent une adaptation de l'offre de soins. En effet, le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques participent à une augmentation des besoins en santé alors même qu'on assiste à une importante crise démographique médicale [1].

L'incompréhension et l'insatisfaction émanant de territoires faiblement dotés [2] appellent à des solutions rapides. Cependant, une reconstruction en profondeur du système de soins ne peut être réalisée du jour au lendemain et passe par la mise en œuvre de nombreuses réformes politiques successives et d'une modification des pratiques des professionnels en soins primaires. Ce contexte sociétal et politique difficile peut être mal vécu par les professionnels de santé qui y sont confrontés, constatant alors une modification de leurs conditions de travail et de leur bien-être. Ces conditions pouvant être source de désintéressement, de départ vers d'autres types de pratiques ou encore participer à un Burn Out de la profession [3].

Pour faire face à ces problématiques et permettre l'installation de jeunes médecins généralistes (MG), les Pouvoirs Publics et Politiques plébiscitent les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) comme une partie de la solution. Ces structures sont soutenues par les médecins [4] mais leur création et la vie en leur sein présentent alors des avantages mais aussi des difficultés.

De nombreux travaux s'intéressent à l'impact des MSP sur la qualité des soins mais peu d'études traitent du bien-être au travail des professionnels de santé. L'indice de bonheur partagé est un indicateur qui permet de mesurer le degré de satisfaction qui règne au sein d'une équipe. C'est un outil habituellement utilisé dans les entreprises où le niveau de satisfaction est souvent corrélé à une bonne santé, une qualité de travail et une performance accrue. Ces nouvelles structures de soins primaires répondant à des critères entrepreneuriales posent alors la question de l'applicabilité d'un indice de bonheur en leur sein. De nombreux indices existent déjà concernant les populations (Bhoutan, Canada, OCDE) [5] ou encore des catégories plus précises de nos sociétés (Globéco, Evrest [6], Spinoza [7]). Au vu de l'absence de travaux sur ce type d'indice en maison de santé pluriprofessionnelle à l'heure actuelle, l'objectif de ce travail est de définir les critères pertinents s'intégrant à un indice de bonheur partagé par les équipes qui y évoluent.

MATERIEL ET METHODE

1. Le choix de la méthode

Pour répondre à notre objectif, une étude qualitative prospective s'inspirant de 2 méthodes de consensus a été effectuée [8][9]. Le premier temps était celui de la production d'idées par la Technique du Groupe Nominal (TGN). Le second temps était celui de la validation des idées produites par un nombre plus important d'experts via une méthode Delphi en 2 tours.

2. Technique du Groupe Nominal

La TGN est un processus de groupe impliquant l'identification des problèmes et la production de solutions par un groupe d'expert habituellement composé de 5 à 9 personnes. La méthode se détaille en 6 étapes :

- La présentation de la question nominale
- La génération silencieuse des idées
- L'énoncé des idées
- La discussion
- La hiérarchisation des idées
- La compilation des résultats

2.1 Sélection des experts.

Un premier contact a été réalisé par téléphone afin d'expliquer le contexte et l'objectif de l'étude et de s'assurer de l'intérêt porté au thème du bonheur en MSP. Des invitations par mails ont été adressées à 25 professionnels médicaux et paramédicaux en soins primaires, libéraux et exerçant en MSP de Meuse. Nous avons sélectionné des intervenants ayant démontré un investissement important dans la construction ou dans le développement de MSP reconnue par l'ARS et ayant une importante connaissance du travail en équipe et de la gestion de ces structures. Par souci de représentativité, chaque expert sollicité était invité à se faire accompagner d'un autre membre de sa structure afin d'enrichir le groupe d'une plus grande diversité de professions.

2.2 La question Nominale

Cette question doit être ouverte, précise et univoque, impliquant une perception personnelle des experts questionnés. Leurs points de vue, leurs opinions et leurs suggestions permettront une meilleure compréhension d'une problématique les concernant.

La question nominale soumise au groupe d'experts fut :

« Quels sont, selon vous, les éléments nécessaires à l'émergence et au maintien d'un bonheur partagé au sein d'une équipe de professionnels exerçant en MSP ? »

Une fois soumises à toutes les étapes de la TGN, les idées sélectionnées ont été incluses à une méthode Delphi afin d'être validées par un plus grand nombre d'expert.

3. Méthode Delphi

3.1 Description

Son objectif est ici de rassembler et de synthétiser la connaissance d'un groupe de participants géographiquement dispersés. L'interrogation individuelle des participants se fait par des questionnaires successifs rédigés par les organisateurs de l'étude, minimisant ainsi le risque d'une prise de pouvoir par certains individus ou sous-groupes d'individus (phénomène de Dominance). La méthode Delphi utilisée ici est appelée « Modified Delphi » et comprend 2 tours afin d'obtenir un consensus. Les propositions produites par la TGN sont mélangées de manière aléatoire et soumises aux participants. Chaque participant donne alors son avis sur les items proposés et est informé des réponses exprimées par les autres votants entre chaque tour, lui permettant de se situer par rapport au groupe.

3.2 Recueil des données

Un résumé de la problématique et du contexte était joint au questionnaire et a été envoyé par mail aux MSP de Lorraine via Google Forms, cet outil permettant d'accéder facilement au questionnaire en ligne et de récolter les données de manière efficace par une interface administrateur. Les items ont été présentés sous la forme d'échelles de Likert et la durée nécessaire pour répondre au questionnaire était inférieure à 10 minutes (Annexes n°1 et n°2). Les caractéristiques de chaque votant (Nom / prénom / adresse mail / Age / sexe / profession / expérience) ont été collectés.

Il était demandé aux votants de leur attribuer une note de 1 à 5 selon le niveau d'accord ou de désaccord envers chacune de ces propositions.

- 1 - Pas du tout d'accord
- 2 - Pas d'accord
- 3 - Indifférent
- 4 - D'accord
- 5 - Tout à fait D'accord

Chaque tour a bénéficié de 3 semaines de récolte de données, à la fin desquelles les votes étaient clos. Pour chaque proposition, les critères de consensus retenus étaient :

- Accord : plus de 70% de notes supérieures ou égales à 4.
- Désaccord : plus de 70% des notes inférieures ou égales à 2
- Indécision : dans les autres situations.

Si une proposition n'obtenait pas ce consensus à la fin du premier tour, elle était reformulée et proposée de nouveau aux experts lors du 2^{ème} tour.

3.3 Choix des experts.

L'objectif était de réunir un panel d'experts capables de donner un avis éclairé sur le bonheur en maison de santé pluriprofessionnelle de Lorraine. Pour cela, nous avons envoyé le formulaire à 48 MSP de Lorraine (Tableau n°1). (Annexe n°3 : Détails) Il était demandé aux structures d'inclure 2 à 3 acteurs médicaux et/ou paramédicaux afin d'obtenir un panel de profession le plus représentatif possible. La liste des MSP a été consultée sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) [10] et leurs coordonnées ont été en partie collectées sur les Pages Jaunes.

RESULTATS

1. Le groupe nominal

1.1 Composition du groupe d'expert

Il était constitué de 8 participants dont 5 médecins généralistes, 1 pharmacien, 1 infirmier diplômé d'état et 1 pédicure-podologue (Tableau n°2). Le groupe d'expert était animé par 2 personnes, le doctorant et le directeur de thèse.

Tableau n°2 : Constitution du groupe d'expert :

Profession	Sexe	Age	Expérience en MSP
Médecin généraliste	Homme	54 ans	5ans
Médecin généraliste	Femme	33 ans	5 ans
Médecin généraliste	Femme	34 ans	5 ans
Médecin généraliste	Femme	31 ans	1 an
Médecin généraliste	Homme	61 ans	8 ans
Pharmacien	Homme	48 ans	8 ans
Infirmier diplômé d'état	Homme	45 ans	8 ans
Pédicure-Podologue	Femme	27 ans	1 an

1.2 Production des idées

De nombreux tours de table furent nécessaires pour obtenir toutes les réponses des participants au cours d'une réunion qui a duré 3h30. Le groupe d'expert a produit 35 propositions de réponses à la question nominale proposée (Tableau n°3).

Tableau N°3 : Propositions du groupe nominal :

#	Propositions
1	Prévoir des temps d'échange réguliers incluant tous les membres de la MSP.
2	Ritualiser des temps de rencontre d'équipe.
3	Partager des objectifs communs.
4	Accueillir et Intégrer chaque professionnel afin qu'il trouve sa place dans la vie de la structure.
5	Entraide / solidarité / soutien.
6	Dégager du temps partagé non médical.
7	Avoir une bonne structure d'équipe (coordination/organisation/management).
8	Avoir une équité dans la gouvernance.
9	Être motivé pour construire des projets ensemble.
10	Avoir un lieu de rassemblement où l'on se sent bien.
11	Être reconnu et/ou valorisé (Financièrement).
12	Être reconnu et valorisé humainement en tant que personne.
13	Rencontres de détente.
14	Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle.
15	Se sentir respecté.
16	Ne pas avoir peur de prendre la parole au sein de l'équipe.
17	Respecter le degré d'implication de chacun.
18	Limiter les contraintes.
19	Avoir de la clarté dans la gestion financière et les décisions.
20	Réaliser une bonne communication / Information régulière entre les membres.
21	Valoriser les actions en partageant avec l'équipe.
22	Rendre visible et valoriser les actions de la MSP vers les structures extérieures (Territoire/Congrès/Articles/Presse).
23	Apprendre à connaître le métier de l'autre, ses compétences et ses limites.
24	Échanger sur ses difficultés émotionnelles.
25	Mutualiser les moyens pour améliorer le confort de travail (Secrétariat/Équipement/locaux).
26	Avoir un sage gardien des valeurs / un ancien au sein de la MSP.
27	Garder sa liberté de pratique et son identité personnelle.
28	Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP.
29	Savoir choisir des outils simples pour le fonctionnement et la communication.
30	S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat).
31	Analyses des échecs au sein de la MSP (Évènements indésirables/protocoles défectueux).
32	Avoir un budget pérenne.
33	Partager une éthique, un objectif et des valeurs communes.
34	Accepter les innovations en respectant l'esprit de l'équipe (Asalée/Téléconsultations).
35	S'entourer d'un personnel non médical compétent et performant.

1.3 La clarification des énoncés

Dans un deuxième temps, les énoncés les plus ambigus avaient été précisés et ceux semblables avaient été combinés en respectant au mieux l'idée initiale. Nous avons demandé aux experts de reformuler les propositions afin de les présenter sous une forme permettant leur mesure (par exemple via une échelle). Certains énoncés finalement jugés hors de propos par le groupe d'expert étaient éliminés.

16 propositions dont le sens était proche avaient été combinés :

-Les propositions 1, 2, 6 et 13 ont été réunies sous la proposition : Prévoir des temps d'échange proposés à tous les membres de la MSP, incluant le personnel non médical.

-Les propositions 3, 26 et 33 ont été réunies sous la proposition : Partager une éthique, des objectifs et des valeurs communes.

-Les propositions 5 et 24 ont été réunies sous la proposition : Pouvoir échanger sur ses difficultés émotionnelles avec les membres de la MSP (soutien / entraide / Solidarité).

-Les propositions 14, 15 et 16 ont été réunies sous la proposition : Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle.

-Les propositions 17 et 18 ont été réunies sous la proposition : Respecter le degré d'implication de chacun et ne pas imposer de contraintes.

-Les propositions 12 et 21 ont été réunies sous la proposition : Apporter une valorisation individuelle au travers d'une valorisation de l'équipe par des actions communes.

Après reformulation, 25 propositions de réponse à la question nominale étaient retenues.

1.4 Le vote individuel et anonyme

Chaque participant devait alors sélectionner 8 propositions parmi les 25 sélectionnées et les ordonner en leur attribuant une note de 1 à 8, 8 étant la note maximale. Un cumul de la pondération des énoncés pour tout le groupe a pu être obtenu en additionnant les pondérations reçues à chacun des énoncés (Tableau n°4).

Tableau N°4 : Résultat des votes du groupe nominal.

#	Intitulé de la proposition	Notes reçues	Score	Votants	Rang
1	Prévoir des temps d'échange réguliers incluant tous les membres de la MSP (y compris personnel non médical).	4+7+7+7+8 +7+8+2	50	8 votants	1 ^{er}
7	Avoir une bonne structure d'équipe (coordination/organisation/management).	8+6+3+4+4 +5+5	35	7 votants	2 ^{ème}
14	Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle.	5+8+3+8+4 +1	29	6 votants	3 ^{ème}
24	Échanger sur ses difficultés émotionnelles (soutien / entraide / Solidarité).	3+5+6+6+2 +6	28	6 votants	3 ^{ème}
10	Avoir un lieu de rassemblement ou l'on se sent bien.	1+1+8+8	18	4 votants	5 ^{ème}
33	Partager une éthique, un objectif et des valeurs communes.	8+2+7	17	3 votants	6 ^{ème}
4	Accueillir et Intégrer chaque professionnel afin qu'il trouve sa place dans la vie de la structure.	6+4+6	16	3 votants	7 ^{ème}
9	Être motivé pour construire des projets ensemble.	6+4+5	15	3 votants	8 ^{ème}
8	Avoir une équité dans la gouvernance.	7+5+1	13	3 votants	9 ^{ème}
23	Apprendre à connaître le métier de l'autre, ses compétences et ses limites.	1+5+6	12	3 votants	10 ^{ème}
27	Garder sa liberté de pratique et son identité personnelle.	3+3+2+3	11	4 votants	11 ^{ème}
12	Apporter une valorisation individuelle au travers de la valorisation de l'équipe par des actions communes.	1+7	8	2 votants	12 ^{ème}
32	Avoir un budget pérenne.	3+5	8	2 votants	12 ^{ème}
11	Être reconnu et/ou valorisé (Financièrement).	7	7	1 votant	14 ^{ème}
20	Réaliser une bonne communication / Information régulière entre les membres.	4+3	7	2 votants	14 ^{ème}
25	Mutualiser les moyens pour améliorer le confort de travail (Secrétariat/Équipement/locaux).	2+1+2	5	3 votants	16 ^{ème}
30	S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat).	4+1	5	2 votants	16 ^{ème}
28	Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP.	2+2	4	2 votants	18 ^{ème}

A l'issue de l'étape de hiérarchisation des idées, les 7 propositions n'ayant pas obtenu de votes n'ont pas été retenues pour la deuxième partie de l'étude (Tableau n°5).

Tableau N°5 : Propositions non retenues par le groupe d'expert.

#	Intitulé de la proposition
17	Respecter le degré d'implication de chacun et ne pas imposer de contraintes.
19	Avoir de la clarté dans la gestion financière et les décisions.
22	Rendre visible et valoriser les actions de la MSP vers les structures extérieures (Territoire/Congrès/Articles/Presse).
29	Savoir choisir des outils simples pour le fonctionnement et la communication.
31	Analyses des échecs au sein de la MSP (Événements indésirables/protocoles défaillants).
34	Accepter les innovations en respectant l'esprit de l'équipe (Asalée/Téléconsultations).
35	S'entourer d'un personnel non médical compétent et performant.

Finalement, le groupe nominal avait retenu 18 propositions sur les 35 produites initialement.

2. La Méthode Delphi

Les 18 propositions retenues par le groupe d'expert lors de la TGN avaient été intégrées à un questionnaire informatique et soumises aux 2 tours de la méthode Delphi. Ce questionnaire fut alors envoyé à 48 MSP Lorraine dont une majorité se situait en Meuse, ce département étant particulièrement riche de ces structures.

Tableau n°6 : Répartition des MSP contactées

Départements	Nombre MSP : N=48
Meurthe et Moselle	8
Moselle	6
Vosges	11
Meuse	23

(détails en annexe n°3)

2.1 Taux de participation au 1^{er} tour.

35 professionnels de santé exerçant dans 20 MSP différentes avaient rendu un questionnaire complet pour le premier tour, soit un taux de participation des MSP de 41,6%. L'effectif était composé de 18 médecins généralistes, 9 infirmiers diplômé d'état, 3 orthophonistes, 1 pédicure-podologue, 1 diététicienne, 1 sage-femme, 1 psychologue et 1 coordinatrice d'établissement (Annexe n°4).

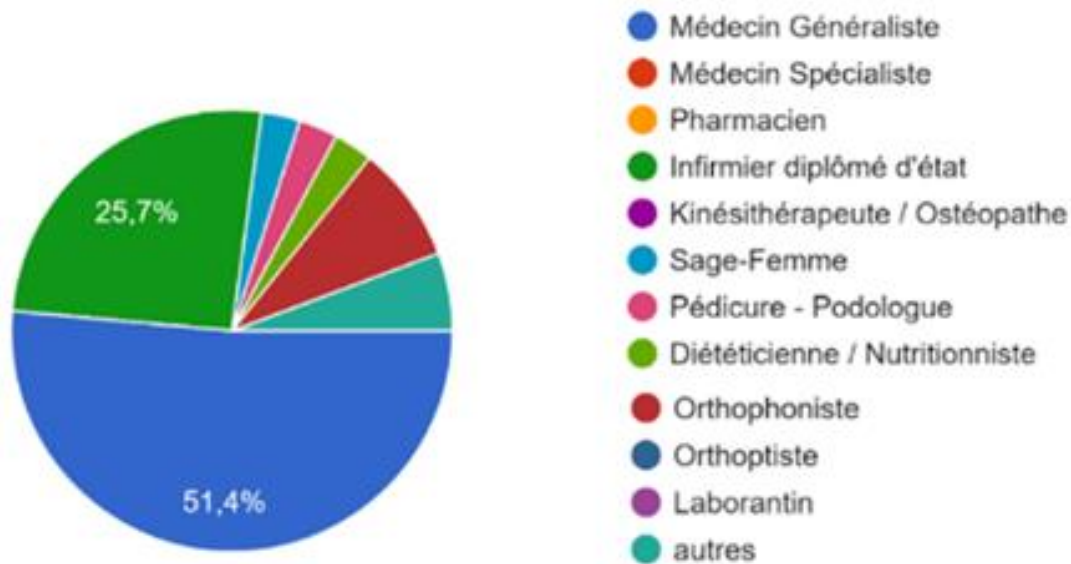


Figure 10 : Représentation des professions - Delphi

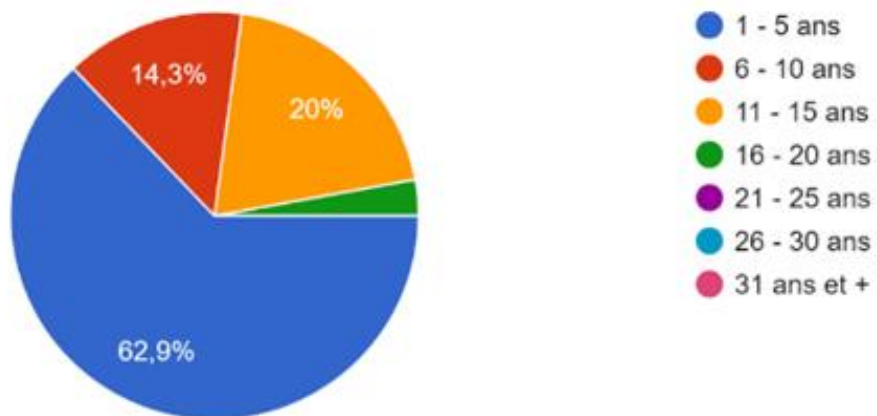


Figure 11 : Expérience moyenne en MSP – Delphi

2.2 Résultats du 1^{er} tour.

Le premier tour de la méthode Delphi avait permis d'obtenir un consensus suffisant pour 15 propositions sur les 18 présentées (Tableau n°6).

Tableau N°7 : Résultats du premier tour de la méthode Delphi.

Enoncé de la proposition	Désaccord	Indécision	Accord
Prévoir des temps d'échange réguliers incluant tous les membres de la MSP.	5,7%	2,9%	91,4%
Avoir une bonne structure d'équipe (coordination/organisation).	0%	2,9%	97,1%
Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle.	0%	2,9%	97,1%
Pouvoir échanger sur ses difficultés émotionnelles avec les membres de la MSP (soutien / entraide / Solidarité).	0%	22,9%	77,1%
Avoir un lieu de travail et de rassemblement agréable, ou l'on s'y sent bien.	0%	11,4%	88,6%
Partager une éthique, des objectifs et des valeurs communes.	5,7%	20%	74,3%
Accueillir et Intégrer chaque professionnel afin qu'il trouve sa place dans la vie de la structure.	0%	5,7%	94,3%
Garder sa liberté de pratique.	0%	2,9%	97,1%
Apprendre à connaître le métier de l'autre, ses compétences et ses limites.	0%	8,6%	91,4%
Avoir une équité dans la gouvernance de la MSP.	0%	22,9%	77,1%
Avoir un budget de structure pérenne.	5,8%	14,2%	80%
Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP qui sera attentif à la vie d'équipe.	34,3%	48,6%	17,1%
Reconnaître et valoriser financièrement chaque membre de la MSP.	14,3%	42,9%	42,8%
Faire partie d'une équipe motivée.	2,9%	5,7%	91,4%
Mettre en place une Information régulière entre les membres.	0%	0%	100%
S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat).	0%	34,3%	65,7%
Mutualiser les moyens pour améliorer le confort de travail (Secrétariat/Equipement/locaux).	0%	25,7%	74,3%
Reconnaître une valorisation individuelle au travers de la valorisation de l'équipe par des actions communes.	2,9%	20%	77,1%

Le reste des propositions étaient alors soumis à un second tour après une étape de reformulation.

2.3 Reformulation des propositions

Les 3 propositions qui n'avaient pas obtenu de consensus ont été reformulées et à nouveau soumises à une échelle de Likert par la même méthode. Cette reformulation était le fruit d'une discussion entre les professionnels et les investigateurs.

- la proposition « Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP qui sera attentif à la vie d'équipe » fut modifié en « Avoir besoin d'un(e) coordonnateur(trice) ou animateur(trice) de la vie d'équipe »

- la proposition « Reconnaître et valoriser financièrement chaque membre de la MSP » fut modifié en « Se mettre d'accord sur la gestion financière de la MSP »

- la proposition « S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat) » fut modifié en « S'avoir s'entourer de professionnels compétents afin de décharger l'équipe de la gestion administrative »

2.4 Taux de participation du 2^{ème} tour.

27 professionnels exerçant dans 19 MSP de Lorraine avaient rendu un questionnaire complet pour le 2^{ème} tour, soit un taux de participation des MSP de 39.58%. 8 professionnels avaient été perdus de vue (Annexe 5).

L'effectif comprenait alors 15 médecins généralistes, 6 infirmiers diplômés d'état, 2 orthophonistes, 1 pédicure-podologue, 1 diététicienne, 1 psychologue et 1 coordinatrice d'établissement (Annexe 6).

2.5 Résultats du 2^{ème} tour.

A l'issue du 2^{ème} tour de la méthode Delphi, 2 propositions sur les 3 avaient obtenu un taux de consensus suffisant. La proposition « Avoir besoin d'un(e) coordonnateur(trice) ou animateur(trice) de la vie d'équipe. » n'avait pas été retenue. (Tableau n°7).

Tableau n°8 : Résultats du 2^{ème} tour de la méthode Delphi.

Enoncé de la proposition	Désaccord	Indécision	Accord
Avoir besoin d'un(e) coordonnateur(trice) ou animateur(trice) de la vie d'équipe.	18,5%	22,2%	(59,3%)
Se mettre d'accord sur la gestion financière de la MSP.	3,7%	7,4%	(89,9%)
S'avoir s'entourer de professionnels compétents afin de décharger l'équipe de la gestion administrative	3,7%	7,4%	(88,9%)

Au total, les deux tours de la méthode Delphi ont permis d'obtenir un consensus suffisant pour 17 propositions sur les 18 initiales.

3. La transcription et l'analyse des données

L'analyse des résultats avait permis de classer les propositions formulées dans 6 catégories différentes :

- Communication et soutien
- Intégration et respect
- Organisation et structuration
- Partage de valeurs communes
- Des conditions d'exercice optimales
- Valorisation et épanouissement

3.1 Communication et soutien

La communication a été décrite comme un élément inhérent à tout aspect social. Cette notion a été la toute première évoquée par le groupe nominal et apparaît comme une priorité dans la création d'une vie d'équipe et au maintien d'une cohésion entre ses membres. Elle prenait la forme de « temps d'échange réguliers » pouvant « aussi bien être rythmés par un agenda fixe mais aussi au décours d'actes du quotidien (pauses café etc..) ». Ces temps pouvaient être « centrés sur le patient avec des motivations professionnelles » mais devaient aussi permettre de « dégager du temps non médical propice à la détente ». Il a été à plusieurs reprises précisé par les experts « l'importance d'y inclure tous les membres de la MSP » y compris le personnel non médical.

De plus, la communication permettait une confiance et une écoute de la part de l'équipe. Ce transfert de charge émotionnelle grâce à des « échanges sur les difficultés rencontrées », qu'elles soient d'ordre « professionnelles ou personnelles » créait un sentiment de soutien et

d'appartenance participant à renforcer les liens entre les membres d'une équipe pluriprofessionnelle. Le fait que cet aspect ait été évoqué durant la réunion rappelait aussi les incertitudes et inquiétudes qu'exprimaient les professionnels de santé au quotidien.

20) Réaliser une bonne communication / Information régulière entre les membres.

1) Prévoir des temps d'échange réguliers incluant tous les membres de la MSP.

24) Echanger sur ses difficultés émotionnelles.

3.2 Intégration et respect

L'intégration au sein d'une équipe était apparue comme un élément participant au bien-être personnel de chaque membre. Cette intégration passait par « un accueil de qualité et l'inclusion de chacun, dans le temps et aux projets de soins ». La nécessité de « faire naître un climat de confiance et respect mutuel » était apparue comme facteur favorisant l'intégration. Ce climat de confiance ne pouvait être obtenu qu'avec le « respect de l'autre », « de sa personne », de « sa place au sein de l'équipe ». De plus, il était jugé comme important d'avoir « une meilleure connaissance du métier de l'autre », « de ses compétences et de ses limites » et de « décloisonner les rapports interprofessionnels ». L'amélioration du parcours de soin des patients et de leur prise en charge en découlait et participait aussi à renforcer l'équipe.

4) Accueillir et Intégrer chaque professionnel afin qu'il trouve sa place dans la vie de la structure.
--

14) Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle.
--

23) Apprendre à connaître le métier de l'autre, ses compétences et ses limites.

3.3 Organisation et structuration

L'organisation a aussi été rapidement évoquée lors la phase de production des idées et a été retrouvé tout au long des échanges. Elle apparaissait comme un facteur favorisant l'acquisition d'un environnement propice à l'apparition d'un bonheur partagé au sein d'une équipe. « Il est nécessaire de bien définir le rôle de chaque acteur », ceci faisait référence à un besoin intrinsèque de tout groupe de personnes à se structurer. Il était notamment question d'un leader dont le rôle était prépondérant au maintien d'une cohésion de groupe. En effet, son engagement semblait essentiel à la dynamique d'un groupe et au bon déroulement des projets. Plusieurs autres rôles ont aussi été évoqués, notamment celui de « sage : gardien des valeurs, responsable de garder un cap cohérent avec les idéologies de l'ensemble des membres » et d'un « référent bonheur » ou encore d'un rapporteur. On retrouvait enfin, le besoin d'« exister en tant qu'individu et d'avoir sa propre identité » et de « garder une liberté

d'exercice avec laquelle on est en accord ». Cette proposition avait fait écho au sein du groupe, jugée comme majeure.

La notion de coordinateur prenait un relief différent dans l'organisation d'un groupe. Attentif à la communication, il participait à l'élaboration d'actions collectives, à l'animation des groupes de pratiques professionnelles et à la gestion administratives des structures ainsi que de leurs projets. Le coordinateur, en association avec le leader, permettait d'installer un climat de confiance et facilitait les conversations entre les membres de l'équipe afin de limiter les conflits et de progresser dans la bonne direction. Cependant cette proposition n'avait pas été retenue, on apercevait là une certaine réticence de la part des professionnels à confier la gestion de leur structure à des personnes ou des organismes extérieurs.

7) Avoir une bonne structure d'équipe (coordination/organisation/management).
27) Garder sa liberté de pratique et son identité personnelle.
28) Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP.

3.4 Partage de valeurs communes

Afin d'avancer dans « la même direction », il était primordial de « partager des objectifs, des valeurs et des projets communs ». Le partage de ces valeurs contribuait à la cohésion du groupe et constituait un socle identitaire commun nécessaire à l'aboutissement des projets. Il semblait primordial de respecter les « personnalités, les valeurs, les décisions, le jugement, les différences » et « l'investissement et les avis de chacun » au sein du groupe. Néanmoins, la volonté de partager ce chemin faisait ressortir un besoin d'« équité, notamment dans la gouvernance et la prise de décision ». L'élaboration d'un règlement intérieur permettait alors une meilleure gestion de cet équilibre, en définissant les règles à adopter par l'équipe (répartition des charges, attitude déontologique...) et qui participaient à la pérennité du groupe.

8) Avoir une équité dans la gouvernance.
9) Être motivé pour construire des projets ensemble.
33) Partager une éthique, un objectif et des valeurs communes.

3.5 Conditions d'exercice

Le regroupement permettait, en outre, une amélioration des conditions de travail par la mutualisation des moyens techniques et humains participant à limiter la charge et la pénibilité de ce dernier. La délégation des tâches administratives était perçue comme un élément

important contribuant au sentiment de bonheur partagé. Elle était définie comme étant la capacité de l'équipe à « s'entourer de personnel compétent et de bénéficier de l'expertise de spécialistes » (Secrétariat, informaticien, comptable, juriste, technicien...) et à « utiliser des outils simples ». En effet la « gestion de ces tâches par un personnel qualifié permet une libération du temps effectif de travail médical » et donc une augmentation potentielle de la qualité des soins. Enfin, la mise en place d'un « environnement confortable et accueillant ou il y fait bon vivre » apparaissait naturellement comme un facteur favorisant le bien être.

10) Avoir un lieu de rassemblement où l'on se sent bien.
25) Mutualiser les moyens pour améliorer le confort de travail (Secrétariat/Equipement/locaux).
30) S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat).

3.6 Valorisation et épanouissement

De cette production d'idées ressortait un « besoin de valorisation par la reconnaissance humaine ou financière » « personnelle ou liée à la structure de soin ». Il convenait en effet que chaque professionnel puisse envisager un « avenir avec le moins de contrainte financière possible ». Il était précisé que cet aspect n'était pas le plus important mais restait nécessaire à une certaine forme de reconnaissance. De plus, l'aboutissement d'un projet commun de moyenne ou grande envergure afin de présenter des résultats concrets par le biais « d'articles, de posters ou encore de recommandations à d'autres professionnels » était perçu comme un booster de motivation par le groupe d'expert et participait à sa fierté, les projets de santé publique étant rarement valorisés de manière concrète. La vie en équipe facilitait l'organisation du temps de travail avec notamment une plus grande liberté de prise de congés, de remplacement et améliorait la permanence des soins. Tout cela participait à libérer du temps personnel nécessaire à l'épanouissement de chacun. Enfin, la notion de stabilité et notamment de la pérennité de la structure était perçue comme rassurante et apportait une sérénité et un épanouissement professionnel.

11) Être reconnu et/ou valorisé (Financièrement)
12) Apporter une valorisation individuelle au travers de la valorisation de l'équipe par des actions communes.
32) avoir un budget pérenne

Cependant, un sentiment de hiérarchisation pouvait apparaître entre les acteurs médicaux et paramédicaux au regard de la responsabilité médicale mais aussi des mesures financières incitatives et tarifaires privilégiant principalement les médecins.

DISCUSSION

1. Discussion sur la méthodologie

1.1 Choix de la méthode

L'objectif principal de notre étude était de définir les critères pertinents participant à l'émergence et à l'entretien d'un bonheur partagé au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. L'utilisation de 2 méthodes de recueil de données qualitatives et d'obtention de consensus au sein de groupes d'experts paraît donc adaptée pour répondre à notre objectif. Les principales professions médicales et paramédicales étaient représentées au sein des participants tout au long de l'étude.

La TGN permettait de donner à tous les participants une chance égale de contribuer et le nombre, l'originalité et la qualité des idées produites par cette méthode étaient supérieurs aux autres groupes conventionnels [11]. La réunion du groupe Nominal en Meuse, par sa richesse et sa durée (3h30), a permis de faire émerger un nombre suffisant de propositions. Le large consensus obtenu au premier tour de la méthode Delphi par la quasi-totalité des propositions nous a conforté dans l'idée que celles-ci étaient pertinentes et en accord avec celles du reste des professionnels lorrains. De plus, le taux de participation d'environ 40% des MSP à la méthode Delphi montre une mobilisation importante sur une notion nouvelle et donne un écho encourageant à cette étude.

1.2 Les limites des méthodes

Le principal inconvénient de la TGN est son aspect restrictif, rigide et lourd, mais une grande partie de cela revient aux mains et compétences de l'animateur. De plus, le nombre d'expert restreint par groupe limite la puissance de l'étude et les éléments qualitatifs recueillis sur les individus interrogés ne sont pas directement chiffrables.

La méthode Delphi est relativement lourde et fastidieuse et le taux d'abandon de la part des participants constitue un de ses défauts majeurs. Dans notre étude, nous accusons 8 perdus de vue entre les 2 tours de la méthode Delphi. Pourtant, le questionnaire de notre étude était volontairement court afin de limiter ce phénomène. Les experts sont restés sur leurs positions et n'ont pas remis en question les résultats du premier tour. Enfin, le consensus correspond à un accord sur une proposition, mais ne signifie pas nécessairement l'accord total de tous sur

tout, c'est-à-dire l'unanimité. Le consensus tend à faire cohabiter les différences, non à les éliminer.

Une des limites serait d'avoir exploré principalement le département meusien par cette méthode mais le fait qu'il s'agisse d'un département riche de 27 MSP, en développement depuis 2005 et d'une grande expérience tend à compenser cette limite. Ce département français compte le plus grand nombre de MSP par habitant [1][2].

1.3 Les biais

Nous avons utilisé dans notre étude un échantillonnage théorique (ou raisonné) pour sélectionner les participants, le but étant l'obtention d'un panel assez large des professions et une diversification des données mais cette méthode présente un biais de recrutement. L'échantillonnage n'a pas valeur à être représentatif mais a pour but d'être le plus varié et le plus riche possible en termes de points de vue, la conséquence étant la non-reproductibilité de cette étude. Cependant, la sélection d'acteurs impliqués et ayant une grande expérience de la vie en MSP ainsi que la représentation d'un maximum de professions qui y exercent tend à compenser cette limite et diminue par la même occasion un possible biais de sélection.

Un biais plus difficilement contrôlable est dû aux erreurs de compréhension entre les participants et l'enquêteur, le bonheur partagé étant une notion difficile à appréhender et à décrire. Cependant la reformulation de la question nominale et la reformulation des propositions des experts en cas d'incompréhension permettait de le limiter.

Le biais d'investigation était aussi atténué par le respect strict du déroulement des 2 méthodes. Les experts présents lors de la TGN avaient une réelle volonté de s'exprimer sur le sujet et ont bénéficié d'un même temps de parole et d'une absence de hiérarchie au sein du groupe.

Le biais d'analyse est introduit par la difficulté d'exploitation des résultats de ce type d'étude, basée sur un échantillon restreint et qui ne permet pas de faire des comparaisons statistiques et des analyses croisées, essentiellement du fait de l'absence d'études comparables.

1.4 La prise de contact et recueil des données

L'indice de bonheur partagé restant une notion relativement nouvelle à cette échelle, notre démarche a attisé une curiosité et un intérêt particulier de la part des professionnels participants. Cependant, une des difficultés rencontrées était la mise en contact directe avec les professionnels de santé. Les informations sur notre étude et les questionnaires de la méthode Delphi ont souvent été transmis au secrétariat de chaque MSP qui était chargé de faire suivre. Le recueil des données s'est fait via l'outil Google Forms qui permet une facilité de transfert des questionnaires et la lecture synthétique des résultats. Une des limites de cet outil était qu'il ne permettait pas d'obtenir facilement les remarques des experts entre deux tours. C'est pourquoi l'adresse mail des experts était demandée dans le questionnaire afin de pouvoir leur faire parvenir les résultats du 1^{er} tour et les inviter à transmettre leurs remarques par mail.

Deux participants n'ont renseigné que leurs initiales ou leurs prénoms dans le questionnaire, empêchant de connaître précisément la structure dans laquelle ils exerçaient et d'effectuer une analyse de flux. Une analyse uniquement des résultats régionaux a donc été réalisée. Une solution aurait été d'ajouter un champ « structure d'exercice » au questionnaire afin d'avoir cette information. Le reste des caractéristiques de la population étudiée était remplie correctement et 100% des questionnaires étaient exploitables.

L'absence de réponses de la part des MSP n'ayant pas participé peut s'expliquer en partie par :

- le fait que l'indice de bonheur partagé soit une notion assez récente et encore assez abstraite pour la plupart des professionnels contactés.
- le fait que la plupart des MSP soient encore relativement jeunes, il est possible que les professionnels de santé estiment avoir d'autres problématiques plus prioritaires à traiter.

2. Des propositions proches de la Pyramide de Maslow

La production d'idée fut extrêmement riche, démonstration d'un intérêt enthousiaste de la part des experts présents durant le groupe Nominal. Il est intéressant de constater que tous ces résultats coïncident avec les différents éléments de la pyramide de Maslow. Cette pyramide élaborée à partir d'observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue Abraham Maslow demeure une référence en termes de représentation des besoins humains. Ces travaux ayant été complétés plus tard par Frederick Herzberg (États-Unis, 1923-2000).

Maslow met au jour cinq groupes de besoins fondamentaux : les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'amour, les besoins d'estime et le besoin d'accomplissement de soi. Le caractère particulier d'une motivation a pour origine de nombreux déterminismes tels que la culture, le milieu social ou l'éducation et derrière chaque motivation ou chaque objet de désir se cache un besoin fondamental. Lorsqu'un groupe de besoins est satisfait un autre va progressivement prendre la place selon l'ordre hiérarchique suivant :

Besoins physiologiques > besoins de sécurité > besoins d'appartenance et d'amour > besoins d'estime > besoin d'accomplissement de soi.

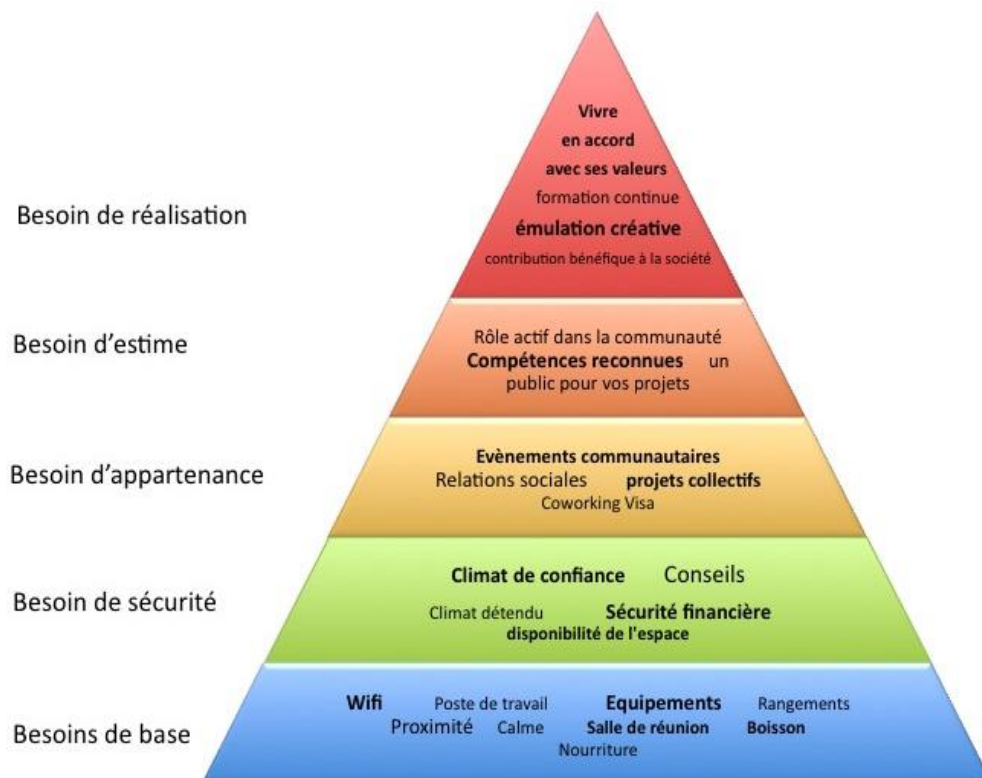


Figure 12 : Pyramide de Maslow

Chaque proposition formulée par les experts de l'étude s'inclut dans les catégories proposées par Maslow.

En effet, le désir d'améliorer le confort des locaux, de créer un espace calme et agréable où se rassembler, équipé d'outils simples et efficaces favorisant le bon fonctionnement de la structure s'incluent dans les besoins de base. Le besoin de sécurité s'exprime par la nécessité d'une organisation structurée, stable, équitable et pérenne dans laquelle règne un climat de confiance, de soutien et d'accompagnement. Le besoin d'appartenance se distingue par la forte volonté d'intégration dans un groupe où sont partagées des valeurs communes et d'avoir des temps de communication réguliers incluant l'ensemble des membres afin d'échanger sur ses difficultés émotionnelles ou encore ses inquiétudes. Le besoin d'estime est représenté par la volonté d'être respecté par les autres membres de l'équipe, d'être reconnu pour ses compétences et d'avoir une responsabilité quant aux projets communs et à la gestion de la structure. Enfin, le besoin de réalisation est retrouvé au sein des propositions par la volonté des professionnels de garder leur identité et leur liberté de pratique et à travers la fierté de chacun de voir aboutir des projets communs contribuant de manière bénéfique à la société.

Le bonheur partagé au sein d'une équipe se résumerait alors à la réalisation des besoins fondamentaux de chacun de ses membres et l'appartenance à un groupe et la reconnaissance de celui-ci sont nécessaires à l'épanouissement de chacun.

D'autre part, le réseau européen de recherche en médecine générale a publié très récemment une étude dont l'objectif était d'explorer les facteurs positifs contribuant à la satisfaction des médecins généralistes à travers l'Europe [12]. Elle regroupait 183 médecins généralistes en soins primaires dans 8 pays différents et s'est concentrée sur leurs besoins humains. Cette étude partage le fait que la littérature est extrêmement pauvre sur le sujet de la satisfaction au travail des professionnels de santé en soins primaires et conclue par la mise en évidence de 5 thèmes participant à la satisfaction des MG. Parmi eux, trois sont compatibles avec les résultats retrouvés dans notre étude :

- Le MG en tant que personne (y compris le bien-être personnel)
- La liberté concernant le cabinet (emplacement, gestion...)
- L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée.

Les 2 autres concernent des aspects extérieurs à la vie d'une équipe de soins en MSP et n'ont pas été développés ici : les compétences spéciales requises dans la pratique et les relations médecin-patient.

Enfin, les travaux de thèse d'A. Buffard [13] concernant l'élaboration et la mise en fonctionnement des MSP sur le territoire meusien soutiennent l'importance d'une cohésion et d'un management efficace des équipes pluriprofessionnelles au regard de leurs qualités de vie et à la réalisation de leurs missions. Rejoindre une équipe engagée peut être ainsi source de motivation et a pour effet d'augmenter le capital social du professionnel à travers la création de nouvelles relations. La solidarité, la coopération, la création d'un savoir collectif, le partage et la complémentarité, sont alors perçus comme des ressources. Le travail en réseau semble ainsi apporter un gain de sens et une plus grande satisfaction au travail [14].

La transition démographique des professionnels de santé et la progression des maladies chroniques imposent une transformation des pratiques et une restructuration de l'offre de soins primaire. Depuis plusieurs années, la multiplication des maisons et pôles de santé ambulatoires pluriprofessionnels (MSP/PSAP) semblent répondre de manière satisfaisante à la fois aux besoins médicaux des populations qui dépendent d'elles mais aussi aux nouvelles attentes des professionnels de santé. Elles bénéficient d'une réputation rassurante auprès des jeunes générations de médecins qui les plébiscitent. Mais la complexité croissante de leur exercice liée à la coordination médicale de leur activité, ainsi qu'à la gestion administrative et relationnelle au sein de la structure font émerger de nouvelles problématiques. Les conflits intra et interpersonnels, les contraintes administratives, le caractère chronophage de la structuration des projets peuvent être source de lassitude, de difficultés et de départ de ces structures.

Afin de pérenniser cette nouvelle offre médicale, il est nécessaire de comprendre les éléments qui participent à la réussite des équipes pluriprofessionnelles qui y évoluent. L'exercice de la vie et de l'épanouissement d'une équipe n'est pas un travail ponctuel, il demande une véritable stratégie qui s'articule autour de l'ensemble des acteurs et qui s'alimente au quotidien. Il s'agit de trouver la bonne recette afin d'y doser correctement tous les ingrédients nécessaires : la communication, l'intégration, le respect, l'écoute, le soutien, l'équité, le partage de valeurs communes, le management de l'équipe et la mise en place de conditions de travail propice à un équilibre professionnel mais aussi personnel. La réussite d'une vie en

équipe participe à la performance collective mais la satisfaction d'un travail accompli permet l'épanouissement de chacun.

La mesure d'un indice de bonheur partagé propre à chaque MSP, basée sur ces critères pertinents permettra de suivre à grande échelle l'état de satisfaction de leurs équipes. Il sera alors possible de repérer des MSP en difficulté et de leur proposer des solutions adaptées, participant à leur pérennité sur un territoire donné. Les critères produits par notre étude ont vocation à intégrer un outil de ce type (grille d'évaluation par exemple). Un travail statistique et épidémiologique sera nécessaire dans un second temps pour mettre en forme un outil efficace (pondération des items / questions neutres / diffusion.)

BIBLIOGRAPHIE ARTICLE

1. « Cartographie Interactive de la Démographie Médicale » CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consulté le 19 août 2019. <https://demographie.medecin.fr/mobile.php>.
2. « ITDD - Accessibilité aux soins de proximité - L'Observatoire des Territoires ». Consulté le 19 août 2019. <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/accessibilite-aux-soins-de-proximite?rech=1>.
3. « Burn Out : médecins en difficulté | Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins ». Consulté le 19 août 2019. <http://www.conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>.
4. Bornand, Loïc. « Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales », 19 novembre 2012. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757547>.
5. « World Happiness Report 2013 ». Consulté le 19 août 2019. http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf.
6. « EVREST - Evolution et relation en santé travail ». Consulté le 19 août 2019. <http://evrest.istnf.fr/>
7. « Guide pratique des outils de mesure du bien-être au travail ». Consulté le 19 août 2019. <http://fabriquespinoza.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-des-indicateurs-de-bien-etre-au-travail-FS-FINAL.pdf>.
8. Bourrée, F., P. Michel, et L. R. Salmi. « Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56, n° 6 (1 décembre 2008): e13-21. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.10.005>.
9. Delbecq, Andre, Andrew Ven, et David Gustafson. « Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi Processes ». *Glenview, Illinois: Scott Forman and Co*, 1 janvier 1986.
10. « Maisons de sante pluridisciplinaires / pôles de sante en lorraine (mise à jour 03/2016) ». Consulté le 19 août 2019. http://www.lorraine.paps.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ANNUAIRE/ANNUAIRE_MSP.pdf.
11. D.W. Taylor, P.C. Berry et C.H. Block, « Does group participation when using brainstorming facilitate or inhibit creative thinking? », *Administrative Sciences Quarterly*, vol. 3, 1958, p. 23–47 (DOI 10.2307/2390603)

12. Floch, B., H. Bastiaens, J. Y. Le Reste, H. Lingner, R. Hoffman, S. Czachowski, R. Assenova, et al. « Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network ». *BMC Family Practice* 20, n° 1 (9 août 2019): 96. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0985-9>.
13. Buffard, Arnaud. « Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien », le 11 octobre 2017.
14. Ferré, M. -F., B. Almudever, M. Tauber, B. Jouret, et G. Diene. « Travailler dans un réseau de santé : effets sur la santé psychique au travail ». *Pratiques Psychologiques* 24, n° 2 (1 juin 2018): 195-212. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.004>.

Conclusion générale

La transition démographique des professionnels de santé et la progression des maladies chroniques imposent une transformation des pratiques et une restructuration de l'offre de soins primaire. Depuis plusieurs années, la multiplication des maisons et pôles de santé ambulatoires pluriprofessionnels (MSP/PSAP) semblent répondre de manière satisfaisante à la fois aux besoins médicaux des populations qui dépendent d'elles mais aussi aux nouvelles attentes des professionnels de santé. Elles bénéficient d'une réputation rassurante auprès des jeunes générations de médecins qui les plébiscitent. Mais la complexité croissante de leur exercice liée à la coordination médicale de leur activité, ainsi qu'à la gestion administrative et relationnelle au sein de la structure font émerger de nouvelles problématiques. Les conflits intra et interpersonnels, les contraintes administratives, le caractère chronophage de la structuration des projets peuvent être source de lassitude, de difficultés et de départ de ces structures.

Afin de pérenniser cette nouvelle offre médicale, il est nécessaire de comprendre les éléments qui participent à la réussite des équipes pluriprofessionnelles. L'exercice de la vie et de l'épanouissement d'une équipe n'est pas un travail ponctuel, il demande une véritable stratégie qui s'articule autour de l'ensemble des acteurs et qui s'alimente au quotidien. Il s'agit de trouver la bonne recette afin d'y doser correctement tous les ingrédients nécessaires : la communication, l'intégration, le respect, l'écoute, le soutien, l'équité, le partage valeurs communes, le management de l'équipe, la mise en place de conditions de travail propice à un équilibre professionnel mais aussi personnel. En effet, la réussite d'une vie en équipe participe à la performance collective mais la satisfaction d'un travail accompli permet l'épanouissement de chacun.

La mesure d'un indice de bonheur partagé propre à chaque MSP, basée sur les critères pertinents validés par notre étude, permettra de connaître à grande échelle leur état de satisfaction à un moment donné et de les suivre dans le temps. Il sera alors possible de repérer des MSP en difficulté, de leur proposer des solutions adaptées et ainsi participer à leur pérennité. Les critères produits par notre étude ont vocation à intégrer un outil de ce type (grille d'évaluation par exemple). Un travail statistique et épidémiologique sera nécessaire dans un second temps pour valider cet outil.

Liste des abréviations :

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ARS :	Agence régionale de Santé
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CGET :	Commissariat Général de l'Égalité des Territoires
CNOM	Conseil National de l'Ordre des médecins
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ENMR :	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
EVREST	Evolutions et Relations en Santé au Travail
FFMPS :	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
IRDES :	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISNAR-IMG	L'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MG	Médecins généralistes
MSP :	Maisons de santé pluriprofessionnelles
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
PSP :	Pôle de santé pluridisciplinaire.
RCP	Réunion de concertation pluriprofessionnelle
ROSP :	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SISA:	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SCM	Société civile de moyens
TGN :	Technique du Groupe Nominal

Bibliographie

1. « Cartographie Interactive de la Démographie Médicale » CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consulté le 19 août 2019. <https://demographie.medecin.fr/mobile.php>.
2. « ITDD - Accessibilité aux soins de proximité - L'Observatoire des Territoires ». Consulté le 19 août 2019. <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/accessibilite-aux-soins-de-proximite?rech=1>.
3. « Burn Out : médecins en difficulté | Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins ». Consulté le 19 août 2019. <http://www.conseil94.ordre.medecin.fr/content/burn-out-medecins-difficulte>.
4. Bornand, Loïc. « Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales », 19 novembre 2012. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757547>.
5. Bouet P, Mourgues JM, Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2018, Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2018. Consulté le 19 août 2019 [Internet] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>.
6. « Projet régional de santé 2018-2017 : État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est ». Consulté le 19 août 2019. https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf
7. Bras, Pierre-Louis. « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? » *Les Tribunes de la sante* n° 50, n° 1 (11 avril 2016): 67-91.
8. Ministère des Solidarités et de la Santé. « Les 10 engagements du pacte territoire santé ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 19 août 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/>.
9. « Health at a Glance 2013 ». Text. Consulté le 19 août 2019. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en.
10. Bessière, Sabine. « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », n° 1 (s. d.): 15.
11. Gonnand LI, Recueil des attentes et du ressenti des professionnels de santé participant aux réunions de territoire du plan démographie Meuse 2007/2017 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse médecine générale : Nancy :2012
12. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [En ligne]. Avril 2011. Disponible sur http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf

13. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S. Communiqués de presse. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux - IRDES Question d'économie de la santé, septembre 2013, n°190, 8p.
14. « Maisons de santé pluriprofessionnelles | République Française, Commissariat Général à l'Égalité des Territoires CGET ». Consulté le 19 août 2019. <https://www.cget.gouv.fr/taxonomy/term/5133>.
15. Article L6323-3 du code de la santé publique créé par l'article 44 de la loi n°2007-1789 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. JORF, n°0296 du 21 décembre 2007, disponible sur le site de www.legifrance.gouv.fr
16. Article L6323-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 118, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr
17. Article L6323-4 du code de la santé publique créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 article 40, abrogé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 article 65, disponible sur le site www.legifrance.gouv.fr
18. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016).
19. « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires ». Consulté le 19 août 2019. <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6860.html>.
20. DGOS. « La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 19 août 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>.
21. Direction générale de l'offre de soins, observatoire des MSP, 5eme journées FFMPS, 11 mars. Consulté le 19 août 2019. Disponible sur le site : http://www.ffmps.fr/files/Journees%202016/Prsentation_Observatoire_MSP_FFMPS_2_11_03_16.pdf
22. M. Trouillard, « place des maisons de santé dans l'accès aux soins – 5 expériences de maisons de santé en Lorraine : Entre dynamisme et réalité » ORSAS de Lorraine, Mars 2009
23. « Loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Consulté le 19 août 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/joe_20050212_0036_0001-2.pdf.
24. Ferré, M. -F., B. Almudever, M. Tauber, B. Jouret, et G. Diene. « Travailler dans un réseau de santé : effets sur la santé psychique au travail ». *Pratiques Psychologiques* 24, n° 2 (1 juin 2018): 195-212. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.004>.

25. Buffard, Arnaud. « Ressentis des professionnels de santé dans l'élaboration et la mise en fonctionnement des maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire meusien », le 11 octobre 2017.
26. Mousquès, Julien. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012, 2014. Consulté le 19 août 2019. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>.
27. Mousquès, Julien. « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », Questions d'économie de la santé, n°211 2015
28. Jolibert, Edouard. « Perception des soins par les usagers des maisons et pôles de santé pluri-professionnels: enquête par questionnaire en Meuse », s. d., 69. Consulté le 19 août 2019. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932453/document>.
29. Bornand, Loïc. « Étude du ressenti des patients face aux nouvelles offres de soins primaires en maisons médicales » 19 novembre 2012: Consulté le 19 août 2019 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00757547>
30. Masson, Elsevier. « Violences subies par les médecins généralistes exerçant en libéral : sous-déclaration des agressions ou des atteintes aux biens ». EM-Consulte. Consulté le 19 août 2019. <https://www.em-consulte.com/article/1018270/violences-subies-par-les-medecins-generalistes-exe>.
31. Veyssier-Belot, C. « Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins ». 18 mars 2015. <https://www.em-consulte.com/en/article/962666>.
32. Emmanuel Kant, *Critique de la faculté de juger*, vol. 2, Gallimard, 1985, 1603 p. (ISBN 978-2070110728).
33. Emmanuel Kant, *Critique de la raison pure*, vol. 1, Gallimard, 1980, 1756 p. (ISBN 978-2070109722).
34. Emmanuel Kant, *Critique de la faculté de juger*, vol. 2, Gallimard, 1985, 1603 p. (ISBN 978-2070110728).
35. « Bonheur ». In *Wikipédia*, 15 juillet 2019. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Bonheur&oldid=160926927>.
36. Lyubomirsky, Sonja, Laura King, et Ed Diener. « The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? » *Psychological Bulletin* 131, n° 6 (2005): 803-55. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>.
37. « Guide pratique des outils de mesure du bien-être au travail ». Consulté le 19 août 2019. <http://fabriquespinoza.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-des-indicateurs-de-bien-etre-au-travail-FS-FINAL.pdf>.

38. « World Happiness Report 2013 ». Consulté le 19 août 2019. http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf.
39. « Comment va la vie ? 2015 ». OECD READ Edition Text. Consulté le 20 août 2019. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/comment-va-la-vie-2015_how_life-2015-fr.
40. Braconnier Patrice, Caire Gilles, Dupuy Romuald *et al.*, « Une évaluation du bien-être au sein des régions françaises dans une approche de développement durable », *Innovations*, 2011/1 (n°34), p. 93-121. DOI : 10.3917/inno.034.0093. URL : <https://www.cairn.info/revue-innovations-2011-1-page-93.htm>
41. « EVREST - Evolution et relation en santé travail ». Consulté le 19 août 2019. <http://evrest.istnf.fr/>
42. Lefebvre Angélique, Michelot François « Rapport Evrest Normandie 2017 ». Consulté le 19 août 2019. http://www.or2s.fr/images/Evrest/2017_RapportEvrest_Normandie.pdf.

Annexes

Annexe n°1 : Questionnaire Méthode Delphi : 1^{er} tour

Quels sont, selon vous, les éléments nécessaires à l'émergence et au maintien d'un bonheur partagé au sein d'une équipe de professionnels exerçant en MSP?

Merci d'attribuer une note à chaque proposition selon degré d'adhésion.

- 1 - Pas du tout d'accord.
- 2 - Pas d'accord.
- 3 - Indifferent.
- 4 - D'accord.
- 5 - Tout à fait D'accord.

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

2. Votre nom et prénom: *

3. Votre sexe : *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme

4. Votre âge : *

5. Votre profession : *

Une seule réponse possible.

- Médecin Généraliste
 Médecin Spécialiste
 Pharmacien
 Infirmier diplômé d'état
 Kinésithérapeute / Ostéopathe
 Sage-Femme
 Pédicure - Podologue
 Diététicienne / Nutritionniste
 Orthophoniste
 Orthoptiste
 Laborantin
 autres

6. Votre expérience en MSP : *

Une seule réponse possible.

- 1 - 5 ans
- 6 - 10 ans
- 11 - 15 ans
- 16 - 20 ans
- 21 - 25 ans
- 26 - 30 ans
- 31 ans et +

7. Prévoir des temps d'échange réguliers incluant tous les membres de la MSP. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Avoir une bonne structure d'équipe (coordination/organisation). *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Pouvoir échanger sur ses difficultés émotionnelles avec les membres de la MSP (soutien / entraide / Solidarité). *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Avoir un lieu de travail et de rassemblement agréable, ou l'on s'y sent bien. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Partager une éthique, des objectifs et des valeurs communes. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Accueillir et intégrer chaque professionnel afin qu'il trouve sa place dans la vie de la structure. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Garder sa liberté de pratique. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Apprendre à connaître le métier de l'autre, ses compétences et ses limites. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Avoir une équité dans la gouvernance de la MSP. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Avoir un budget de structure pérenne. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP qui sera attentif à la vie d'équipe. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Reconnaître et valoriser financièrement chaque membre de la MSP. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Faire parti d'une équipe motivée. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Mettre en place une information régulière entre les membres. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat). *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Mutualiser les moyens pour améliorer le confort de travail (Secrétariat/Equipement/locaux). *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Reconnaître une valorisation individuelle au travers de la valorisation de l'équipe par des actions communes. *

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2ème Tour de la méthode Delphi / Travail de thèse sur l'indice de bonheur partagé.

Voici les propositions n'ayant pas fait consensus lors du premier tour.

Les propositions 12, 13 et 16 n'ont pas réunis plus de 70% de réponses positives ou négatives.

Afin que la méthode soit validée, ces 3 propositions ont été reformulées et vous sont présentées dans le questionnaire ci joint.

La question initiale reste la même : Quels sont, selon vous, les éléments nécessaires à l'émergence et au maintien d'un bonheur partagé au sein d'une équipe de professionnels exerçant en MSP?

1 - Pas du tout d'accord.

2 - Pas d'accord.

3 - Indifferent.

4 - D'accord.

5 - Tout à fait D'accord.

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

2. 12)Avoir besoin d'un(e) coordonnateur(trice) ou animateur(trice) de la vie d'équipe. *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

3. 13) Se mettre d'accord sur la gestion financière de la MSP. *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

4. 16) S'avoir s'entourer de professionnels compétents afin de décharger l'équipe de la gestion administrative *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Annexe n°3 : Liste des maisons de santé pluriprofessionnelles contactées :

<p>Meurthe et Moselle : (8 MSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison de santé pluriprofessionnelle de Tomblaine (54510) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Badonviller (54540) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Haroué ((54740) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Bayon (54290) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Saint Nicolas de Port (54210) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Pont à Mousson (54700) - Maison de santé pluriprofessionnelle de joeuf (54240) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Mercy-le-Bas (54960)
<p>Moselle : (6 MSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison de santé pluriprofessionnelle de Grostenquin (57660) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Dieuze (57260) - Maison de santé pluriprofessionnelle d'Augny (57685) - Maison de santé pluriprofessionnelle d'Ennery (57700) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Metzervisse (57940) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Rémillly (57580)
<p>Vosges : (11 MSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison de santé pluriprofessionnelle de Vicherey (88170) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Rambervillers (88700) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Docelles (88460) - Maison de santé pluriprofessionnelle d'Epinal rue Ernest Renan (88000) - Maison de santé pluriprofessionnelle d'Epinal rue Marie Marvingt (88000) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Gérardmer (88400) - Maison de santé pluriprofessionnelle du Val D'Ajol (88340) - Maison de santé pluriprofessionnelle du Thillot (88160) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Senones (88210) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Monthureux sur Saône (88410) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Contrexéville (88140)
<p>Meuse : (23 MSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maison de santé pluriprofessionnelle de Clermont en Argonne (55120) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Varennes en Argonne (55000) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Bar-le-Duc (55000) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Lisle en Rigault (55000) - Maison de santé pluriprofessionnelle d'Ancerville (55170) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Revigny-sur-Ornain Av. Général Sarrail (55800) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Revigny-sur-Ornain Av. Paris (55800) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Void-Vacon (55190) - Maison de santé pluriprofessionnelle du Seuil-d'Argonne (55250) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Gondrecourt-le-Château Pl. Corvée (55130) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Gondrecourt-le-Château Pl. hôtel de ville (55130) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Saint Dizier rue Paul Cézanne (52100) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Saint Mihiel (55300) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Pierrefitte sur Aire (55260) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Pagny sur Meuse (55190) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Spincourt (55230) - Maison de santé pluriprofessionnelle d'Etain (55400) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Fresnes-en-Woëvre Pl. Clémenceau (55160) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Fresnes-en-Woëvre Rue Eparges (55160) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Vigneulles-lès-Hattonchâtel (55210) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Montmedy (55600) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Thierville sur Meuse (55840) - Maison de santé pluriprofessionnelle de Dieue sur Meuse (55320)

Annexe n°4 : Population méthode Delphi tour 1

Profession	Sexe (H : homme F : Femme)	Age M	Expérience Moyenne MSP
Médecin Généraliste	H : 12 ; F : 6	53.7 ans	6.6 ans
Infirmier Diplômé d'état	F : 9	43.7 ans	3.6 ans
Orthophoniste	F : 3	42.3 ans	4.3 ans
Pédicure-Podologue	F : 1	27 ans	2.5 ans
Diététicienne-Nutritionniste	F : 1	50 ans	11-15ans
Sage-Femme	F : 1	28 ans	2.5 ans
Psychologue	F : 1	38 ans	11-15 ans
Coordinatrice	F : 1	41 ans	2.5 ans

Annexe n°5 : Liste des abandons

Homme	Médecin Généraliste	65	1 - 5 ans
Homme	Médecin Généraliste	56	6 - 10 ans
Homme	Médecin Généraliste	49	1 - 5 ans
Femme	Infirmier diplômé d'état	44	1 - 5 ans
Femme	Infirmier diplômé d'état	45	1 - 5 ans
Femme	Infirmier diplômé d'état	44	1 - 5 ans
Femme	Sage-Femme	28	1 - 5 ans
Femme	Orthophoniste	49	1 - 5 ans

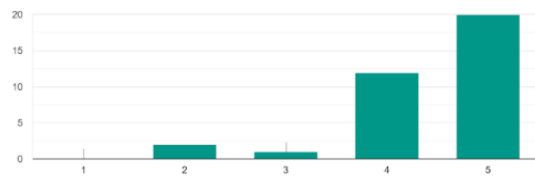
Annexe n°6 : Population méthode Delphi tour 2

Profession	Sexe (H : homme F : Femme)	Age (M :	Expérience Moyenne MSP
Médecin Généraliste	H : 9 ; F : 6	53.7 ans	7.1 ans
Infirmier Diplômé d'état	F : 6	43.7 ans	4.0 ans
Orthophoniste	F : 2	42.3 ans	5.25 ans
Pédicure-Podologue	F : 1	27 ans	2.5 ans
Diététicienne-Nutritionniste	F : 1	50 ans	11-15 ans
Sage-Femme	F : 0	28 ans	2.5 ans
Psychologue	F : 1	38 ans	11-15 ans
Coordinatrice	F : 1	41 ans	2.5 ans

Annexe : Résultats du 1^{er} tour de la méthode Delphi :

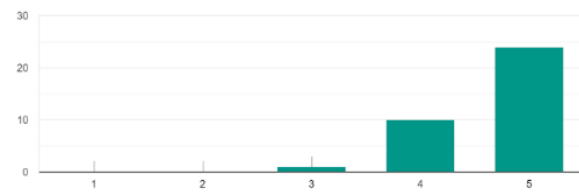
Prévoir des temps d'échange réguliers incluant tous les membres de la MSP.

35 réponses



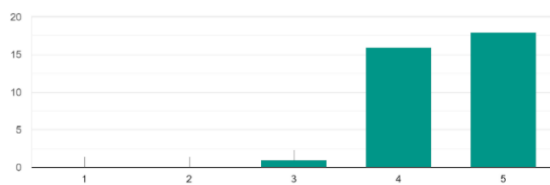
Avoir une bonne structure d'équipe (coordination/organisation).

35 réponses



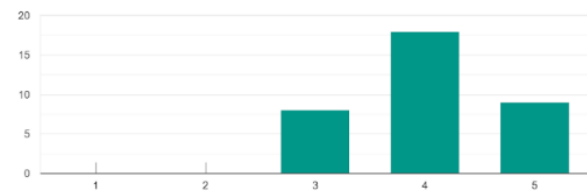
Respecter chacun sans jugement et installer un climat de confiance mutuelle.

35 réponses



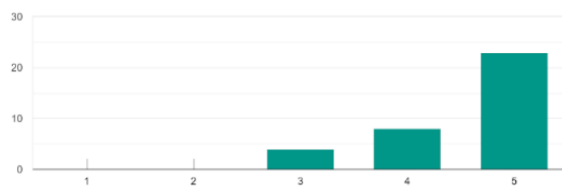
Pouvoir échanger sur ses difficultés émotionnelles avec les membres de la MSP (soutien / entraide / Solidarité).

35 réponses



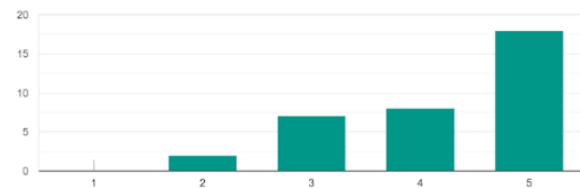
Avoir un lieu de travail et de rassemblement agréable, où l'on s'y sent bien.

35 réponses



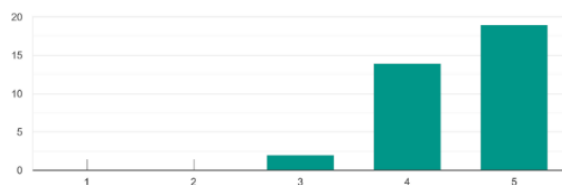
Partager une éthique, des objectifs et des valeurs communes.

35 réponses



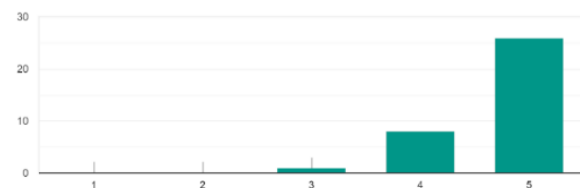
Accueillir et Intégrer chaque professionnel afin qu'il trouve sa place dans la vie de la structure.

35 réponses



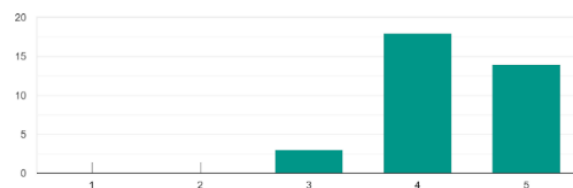
Garder sa liberté de pratique.

35 réponses



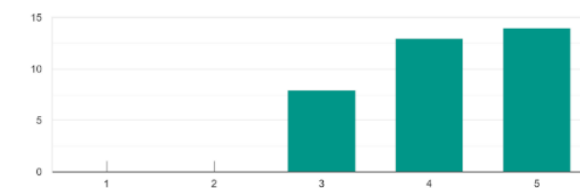
Apprendre à connaître le métier de l'autre, ses compétences et ses limites.

35 réponses



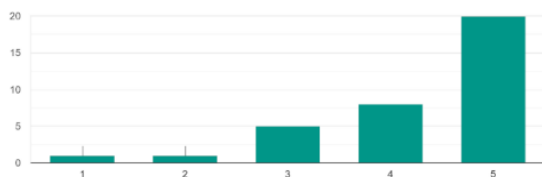
Avoir une équité dans la gouvernance de la MSP.

35 réponses



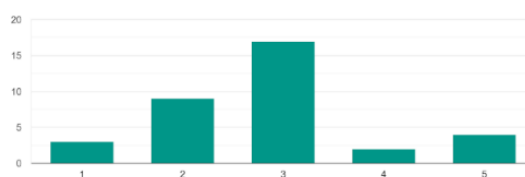
Avoir un budget de structure pérenne.

35 réponses



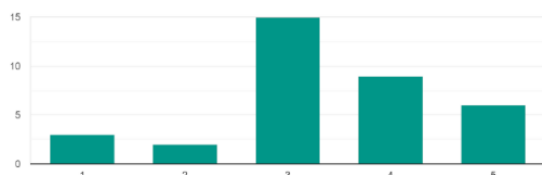
Désigner annuellement un référent Bonheur au sein de chaque MSP qui sera attentif à la vie d'équipe.

35 réponses



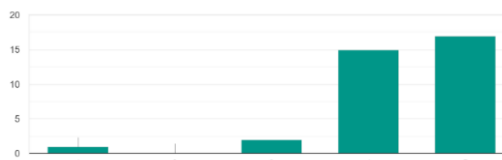
Reconnaitre et valoriser financièrement chaque membre de la MSP.

35 réponses



Faire parti d'une équipe motivée.

35 réponses



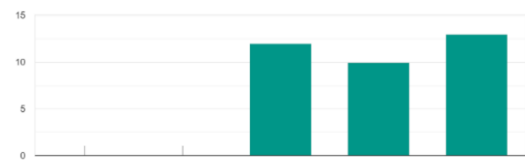
Mettre en place une Information régulière entre les membres.

35 réponses



S'entourer d'experts compétents (comptable/informaticien/juriste/avocat).

35 réponses



Mutualiser les moyens pour améliorer le confort de travail (Secrétariat/Equipement/locaux).

35 réponses



Reconnaitre une valorisation individuelle au travers de la valorisation de l'équipe par des actions communes.

35 réponses



Annexe : Résultats du 2^{ème} tour de la méthode Delphi :

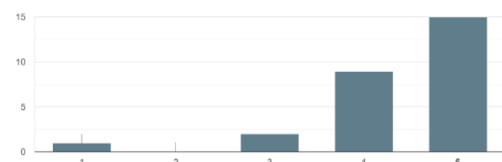
12) Avoir besoin d'un(e) coordonnateur(trice) ou animateur(trice) de la vie d'équipe.

27 réponses



13) Se mettre d'accord sur la gestion financière de la MSP.

27 réponses



16) Savoir s'entourer de professionnels compétents afin de décharger l'équipe de la gestion administrative

27 réponses



VU

NANCY, le **12 septembre 2019**

Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **19 septembre 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10898**

NANCY, le **23 septembre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Depuis plusieurs années, les professionnels de santé en soins primaires évoluent dans un contexte sociétal et politique tendu où l'augmentation des besoins de santé appelle à une reconstruction en profondeur du système de soins. Les difficultés qui en découlent sont source de désintéressement et participent à un burn-out de la profession. Pour faire face à ces problématiques, les pouvoirs publics plébiscitent la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ce nouveau mode d'exercice semble présenter des avantages mais participe-t'il à l'amélioration des conditions de travail et au bien-être des équipes pluriprofessionnelles ? Pour répondre à cette question il est nécessaire de comprendre les éléments qui participent à l'émergence et au maintien d'un bonheur partagé. L'objectif principal de l'étude est de déterminer les critères pertinents qui s'intégreront à un indice de bonheur partagé au sein d'une équipe pluriprofessionnelle de santé exerçant en MSP.

Méthode : Une étude qualitative au travers de 2 méthodes de consensus a été réalisée. Le premier temps était celui de la production des critères par un groupe nominal constitué d'experts meusiens ayant démontré une forte expérience au sein d'une MSP. Le deuxième était celui de la validation de ces critères par questionnaires informatiques via une méthode Delphi en 2 tours auprès de professionnels de santé exerçant dans 48 MSP de Lorraine.

Résultats : 18 critères ont été proposés par un groupe nominal constitué de 9 experts meusiens lors de la première partie de l'étude. Parmi ces propositions, 17 ont été validées par consensus auprès de 35 professionnels Lorrains exerçant dans 20 MSP, confortant alors l'idée d'une bonne représentativité des critères initiaux. L'analyse des résultats avait permis de classer les propositions formulées dans 6 catégories différentes : Communication et Soutien, Intégration et Respect, Organisation et Structuration, Partage de valeurs communes, Conditions d'exercice et Valorisation et Epanouissement.

Discussion : Le bonheur partagé au sein d'une équipe se résumerait à la réalisation des besoins fondamentaux de chacun de ses membres. L'exercice de la vie et de l'épanouissement d'une équipe n'est pas un travail ponctuel, il demande une véritable stratégie qui s'articule autour de l'ensemble des acteurs et qui s'alimente au quotidien. Il s'agit de trouver la bonne recette afin d'y doser correctement tous les ingrédients nécessaires : la communication, l'intégration, le respect, l'écoute, le soutien, l'équité, le partage de valeurs communes, le management de l'équipe et la mise en place de conditions de travail propice à un équilibre professionnel mais aussi personnel. La réussite d'une vie en équipe participe à la performance collective mais la satisfaction d'un travail accompli permet l'épanouissement de chacun. La mesure d'un indice de bonheur partagé propre à chaque MSP, basée sur ces critères pertinents, permettra de suivre à grande échelle l'état de satisfaction des équipes qui y évoluent. Il sera alors possible de repérer des MSP en difficulté et de leur proposer des solutions adaptées, participant à leur pérennité. Un travail statistique et épidémiologique sera nécessaire dans un second temps pour intégrer ces critères à un outil efficace.

TITRE EN ANGLAIS: EVALUATING TEAM SHARED HAPPINESS WITHIN A MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CENTER. DEFINING CRITERIA THROUGH A CONSENSUS METHOD AMONG LORRAINE-BASED MEDICAL PROFESSIONALS.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE- ANNÉE 2019

MOTS CLÉS : Maison de santé pluriprofessionnelle, Lorraine, Grand Est, soins primaires, Indice de bonheur partagé, Technique du groupe nominal, Méthode Delphi.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
