

## Synthèse publiable du rapport final

<b>Titre du projet</b>	COOPÉRATION ET CONCURRENCE DANS LES MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES : UNE ANALYSE MULTI-NIVEAUX (MULTICOOP)
<b>Coordonnateur scientifique du projet</b>	CRET Benoit IFROSS Recherche, EA 4588
<b>Référence de l'appel à projets (année)</b>	Général - Volet Recherche sur les services de santé (2016)

### Contexte, problématique, objectifs et hypothèses

Ce rapport, intitulé « Coopération et concurrence dans les Maisons de Santé pluriprofessionnelles : une analyse multi-niveaux »<sup>1</sup>, étudie les formes de la coopération entre individus travaillant au sein des Maisons de Santé pluriprofessionnelles (MSP) et des organisations de santé environnantes, ainsi que les formes de la coopération interorganisationnelle entre ces MSP et les organisations de santé implantées au sein de leur territoire.

Si la performance des MSP est la plupart du temps expliquée par les complémentarités positives entre médecins généralistes, entre généralistes et autres professionnels de santé (infirmiers, techniciens) ou non (secrétariat et administration), ainsi qu'entre infirmiers et personnels de secrétariat ou d'administration, des problèmes de coopération sont également souvent mis en avant. Ces problèmes de coopération internes aux structures (entre professionnels de mêmes catégories et entre professionnels de catégories différentes) et externes aux structures (entre professionnels de mêmes catégories et entre professionnels de catégories différentes, mais n'appartenant pas tous à la MSP) sont précisément ceux que nous interrogeons.

Ce rapport étudie les mécanismes de synchronisation de deux systèmes d'interdépendance : individuel (entre professionnels) et organisationnel (entre les organisations du territoire de santé des MSP et entre les MSP) : comment aligner stratégies individuelles et stratégies organisationnelles ?

Trois objectifs afférents se dégagent :

- évaluer l'impact des MSP sur les pratiques de coopération des professionnels (par exemple, le suivi de protocoles interprofessionnels) ;
- reconstruire les stratégies des professionnels vis-à-vis des MSP pour comprendre leur impact tant sur les processus de coopération que sur les parcours des patients ;
- proposer des leviers de synchronisation pour améliorer la coopération entre professionnels à l'intérieur des MSP et entre MSP d'une part, entre ces deux niveaux et les pouvoirs publics d'autre part (à cet effet, nous questionnerons les leviers de régulation et de gouvernance des professionnels et organisations de santé sur les territoires dans la perspective de la mise en place des communautés professionnelle territoriales de santé définies par le Code de la Santé Publique).

---

<sup>1</sup> **Benoit Cret**, Maître de conférences en sociologie, Directeur adjoint en charge de la recherche, Graphos, Université Jean-Moulin Lyon 3, **Pascal, Christophe**, Maître de conférences HDR en sciences de gestion, Directeur de l'IFROSS, Université Jean-Moulin Lyon 3, **Montes-Lihn, Jaime**, Post-doctorant au Graphos, Université Jean-Moulin Lyon 3, **Capgras, Jean-Baptiste**, Maître de conférences en sciences de gestion, Graphos, Université Jean-Moulin Lyon 3, **Guilhot, Nicolas**, Maître de conférences en sciences de gestion, Graphos, Université Jean-Moulin Lyon 3, **Robelet, Magali**, Maître de conférences en sociologie, Centre Max Weber, Université Lyon 2, **Bourgueil, Yann**, Directeur de recherche, IRDES.

Nous avons posé deux hypothèses initiales :

- les stratégies des professionnels travaillant dans les MSP ne sont pas alignées ; ils rencontrent des problèmes de coopération ;
- il existe deux systèmes d'interdépendance (individuel et organisationnel). Ces deux systèmes sont superposés et partiellement emboîtés.

Nous avons développé ces deux hypothèses initiales en sept hypothèses principales :

- **H1 TAILLE** : la coopération interorganisationnelle dépend de la taille des organisations concernées ;
- **H2 STRUCTURE** : la structure (réciprocité, centralité, équivalence structurale) a une influence sur les choix de partenaires d'échanges entre individus. Cette hypothèse est centrée sur le niveau individuel ;
- **H3 NICHES** : le milieu socio-professionnel est structuré par des niches sociales ;
- **H4 STATUT** : l'accumulation de différentes formes de statut facilite la coordination interorganisationnelle ;
- **H5 COORDINATION** : la perception de la coordination interorganisationnelle dépend de la centralité de la position à l'intérieur des deux systèmes d'interdépendance (les acteurs centraux appartenant aux organisations centrales ont une opinion favorable de la coordination interorganisationnelle, et réciproquement) ;
- **H6 BROKER** : le rôle de *broker* s'explique par les attributs individuels et par la centralité de l'organisation ;
- **H7 STRUCTURE MULTI-NIVEAUX** : la circulation des ressources au sein du deuxième niveau (échange formel d'informations entre organisations) explique la circulation des ressources au sein du premier niveau (échange de conseils), et réciproquement. Il s'agit ici d'expliquer dans quelle mesure les échanges à un niveau sont corrélés avec les échanges au sein de l'autre.

## Méthodologie et terrain

L'analyse multi-niveaux relève de la sociologie néo-structurale. Elle suppose de reconstruire deux systèmes d'interdépendance et d'étudier les mécanismes de synchronisation de ces deux systèmes (Emmanuel Lazega, 2015). Le premier système d'interdépendance est celui des professionnels travaillant dans la MSP. Le second système d'interdépendance est celui des organisations dans lesquelles travaillent les professionnels de la MSP (cabinet d'infirmières, établissements, etc.). À l'intérieur du système interindividuel, des conseils s'échangent (par exemple, quel protocole pluridisciplinaire utiliser, vers quel professionnel adresser un patient). À l'intérieur du système interorganisationnel s'échangent d'autres ressources (protocoles de bonnes pratiques, partage d'installations techniques, professionnels). Ces deux systèmes d'interdépendance sont superposés et partiellement emboîtés. En étudiant séparément puis conjointement les deux niveaux, on identifie notamment les acteurs qui bénéficient d'un accès plus ou moins aisé à des ressources circulant dans chaque niveau et on mesure la performance relative des acteurs et des systèmes d'interdépendance. Les problèmes de coopération interindividuels et interorganisationnels sont ainsi expliqués à la fois par l'évolution et la forme des réseaux interindividuels/interorganisationnels et par les problèmes de synchronisation entre les

réseaux.

Deux terrains d'étude ont été choisis : le premier dans le département de l'Aveyron (12), le second dans le département de l'Ain (01). Nous avons entrepris une analyse multi-niveaux complète sur le département de l'Ain avec 4 MSP et une analyse exclusivement interne au 2 MSP de l'Aveyron. Quatre réseaux sont mobilisés dans l'analyse. Nous utilisons un réseau d'échanges d'avis et un réseau de discussion au niveau individuel, un réseau de partage du dossier patient au niveau collectif, un réseau d'affiliation pour le multi-niveaux.

## Principaux résultats

### Apports en termes de connaissance

#### Sur les niches sociales

Les niches sociales sont des espaces où la concurrence est mise entre parenthèse et où les individus peuvent déployer des formes de solidarité limitée permettant la circulation de diverses ressources fondamentales à leur travail. Elles sont repérables grâce au critère de l'équivalence structurale (pour identifier les acteurs structurellement équivalents, nous avons eu recours à une analyse block-model), de la densité (les blocks doivent avoir un seuil de densité minimale) et la multiplexité (un groupe est dit multiplexe lorsque les échanges en son sein ne sont pas seulement liés à l'accomplissement strict des tâches quotidiennes de ses membres ; dans notre cas nous avons vérifié si les acteurs au sein des blocks faisaient plus qu'échanger des avis sur la situation des patients en mobilisant un second réseau, celui des discussions concernant le rôle de leur organisation et l'avenir de leur profession).

Au final, 8 blocks émergent, dont trois niches sociales. Les acteurs qui constituent les trois niches travaillent tous au sein des MSP identifiées au sein du territoire<sup>2</sup>. Cependant tous les acteurs travaillant au sein de ces MSP ne sont pas intégrés dans les niches.

#### Les poissons et les mares

Existe-t-il une relation entre la perception de la qualité de la coordination entre organisations et la position de l'individu dans la structure multi-niveaux ? En fonction de la centralité *in-degree* des individus (combien de fois l'individu a-t-il été cité par les autres membres du milieu socio-professionnel) et de la taille de l'organisation où ils exercent, quatre catégories de classification sont proposées (Gros poisson, Petits Poissons, Grosses Mares, Petite Mares).

Il ressort que les PMPP ont la perception la plus négative. Ce sont les PMPP qui supportent de manière la plus intense le coût d'une coordination défaillante entre organisations, alors que les PMGP s'en sortent mieux. « L'effet amortisseur » des grandes mares envers les PP est circonscrit à deux catégories professionnelles (pharmaciens et « autres professions »). Nous constatons également que, contrairement aux résultats attendus, ce sont les PMGP qui ont la vision la plus positive (ou la moins négative) de la coordination, et que les médecins et IDE GMGP semblent avoir une vision plus négative de la coordination interorganisationnelle que les médecins et IDE GMPP.

#### Analyse multi-niveaux

Nous avons mené une analyse ERGM qui permet de différencier les effets propres des organisations et des individus dans la création de liens entre individus et entre organisations. Ces modèles permettent de comprendre comment et pourquoi un lien se crée entre deux individus ou deux organisations, en prenant en compte leur contexte relationnel et leurs caractéristiques intrinsèques. L'objectif est donc d'acquiescer une compréhension des tendances générales et structurales qui sont associées aux mécanismes sociaux sous-jacents à l'action collective, en prenant en considération un contexte organisationnel élargi, c'est-à-dire qui va au-delà des frontières de l'organisation à laquelle les individus sont affiliés. Trois éléments ressortent.

En premier lieu (et au-delà des effets structuraux propres aux échanges entre organisations), la taille de l'organisation, mesurée par le nombre de professionnels qui y exercent, est un facteur explicatif de la création de partenariats de partage du dossier patient avec les autres organisations de santé du territoire. Le rôle des MSP est ici central.

---

<sup>2</sup> La quatrième MSP identifiée est en réalité une « coquille vide ».

En second lieu, nous constatons que le niveau individuel a un poids explicatif très important dans l'ensemble du réseau multi-niveaux. D'un côté, il existe une tendance à la création de niches sociales et à la réciprocité dans l'ensemble du réseau interindividuel. De l'autre, on constate l'existence de deux forces parallèles : la force centrifuge des disciplines et la force d'attraction des caractéristiques démographiques. Tout d'abord, on retrouve une tendance à échanger davantage avec des professionnels pratiquant une discipline différente, ce qui met en cause la thèse du cloisonnement des disciplines. La tendance observée sur l'ensemble du réseau démontre l'existence d'un travail pluridisciplinaire tant au sein des MSP qu'avec les organisations environnantes. Ce travail pluridisciplinaire est néanmoins sélectif, dans le sens où les individus ne s'adressent pas à l'ensemble des disciplines mais seulement à certaines d'entre elles. Ensuite, on observe un processus d'attraction – une tendance à l'homophilie – quand il s'agit d'examiner les variables démographiques qui peuvent jouer un rôle dans la personnalisation des liens (même genre, même âge, même ville). On constate en effet une propension à créer des liens avec des professionnels avec lesquels on partage ces attributs démographiques.

En troisième et dernier lieu, il n'y a pas de tendance à l'alignement entre les échanges formels entre organisations de santé et les échanges informels entre professionnels affiliés à ces organisations. Les échanges créés au niveau des organisations n'influent pas sur le choix des partenaires d'échanges d'avis des individus, qui ne s'adressent pas de manière préférentielle aux individus affiliés aux organisations partenaires.

#### Retour sur les hypothèses

Les hypothèses 1, 2 et 3 sont ainsi validées. Les hypothèses 4, 6 et 7 sont infirmées.

L'hypothèse 5 est validée en partie (concluante pour les PPMP mais pas pour l'ensemble de la population).

#### **Apports en termes d'action de Santé Publique et transférabilité**

Les analyses des relations entre professionnels de santé d'une part, entre organisations de santé d'autre part, et enfin, entre professionnels et organisations de santé (analyse multi-niveaux), réalisées dans le présent rapport montrent la diversité et la complexité des liens qui structurent les échanges d'avis, les discussions individuelles, le partage d'informations relatives au patient, ou encore l'affiliation organisationnelle sur un territoire. Alors que les discours médiatiques focalisent l'attention sur la figure des « déserts médicaux », ces liens s'enracinent en fait dans un tissu extrêmement dense de professionnels pour peu que l'on sorte de la vision médico-centrée.

Les MSP jouent un rôle important dans cette coordination : elles apparaissent clairement comme des nœuds centraux du réseau interorganisationnel, tout particulièrement avec les centres hospitaliers et les pharmacies. Une préconisation centrale peut ainsi être formulée : favoriser l'atteinte d'une taille critique des MSP pour avoir un impact sur le territoire.