



**Emmanuel Allory<sup>1,2,3</sup>, Marine Geslot<sup>4</sup>,  
Cécile Angoulvant<sup>4</sup>, Pascal Gendry<sup>5</sup>,  
Jean-François Moreul<sup>4,6</sup>,  
Aline Ramond-Roquin<sup>4,7,8</sup>**

1. Département de médecine générale,  
Université de Rennes, F-35000 Rennes,  
France

2. Inserm CIC 1414, CHU Rennes,  
F-35000 Rennes, France

3. LEPS (Laboratoire d'éducation  
et pratiques de santé), Université  
de Sorbonne Paris Nord, UR 3412,  
F-93430 Villetaneuse, France

4. Département de médecine générale,  
Université d'Angers, F-49000 Angers,  
France

5. Association Avenir des équipes  
coordonnées (AVECsanté)

6. Fédération nationale des communautés  
professionnelles territoriales de santé  
(FCPTS)

7. Inserm, EHESP, IRSET-ESTER – UMR\_S  
1085, Université de Rennes, Université  
d'Angers, F-49000 Angers, France

8. Département de médecine de famille  
et de médecine d'urgence, université  
de Sherbrooke, Québec, Canada

[aline.ramond@univ-angers.fr](mailto:aline.ramond@univ-angers.fr)

*exercer* 2023;193:196-201

#### Remerciements :

les auteurs remercient l'APMSL et l'ARS des Pays de la Loire pour avoir fourni les listes des MSP de la région ; l'APMSL pour avoir contribué à la diffusion de l'enquête ; les équipes des MSP pour avoir répondu à l'enquête. Ils remercient également Mme Cécilia Bouvet pour son aide à la mise en forme de l'article, et Mme Audrey LeGoff et le réseau des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) pour leur soutien à la soumission.

Les annexes sont consultables en ligne à l'adresse : [www.exercer.fr](http://www.exercer.fr)

#### Liens d'intérêts :

Tous les auteurs ont déclaré sur le formulaire ICMJE tous leurs liens ou potentiels conflits d'intérêts en rapport avec l'étude actuelle, et toutes les activités financières ou les liens avec des entreprises ou des institutions pouvant avoir une influence sur le travail soumis.

# Engagement des usagers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et caractéristiques des MSP associées

*Involvement of health care users in multi-professional primary care practices (MPCP) and associated MPCPs characteristics.*

## INTRODUCTION

L'engagement des usagers est défini comme « *toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou ceux de leurs pairs* », en partenariat avec les professionnels de santé (PDS)<sup>1</sup>. Les intérêts de l'engagement des usagers se situent à la fois au niveau éthique (droit de chaque individu à participer à la démocratie en santé), législatif (loi du 4 mars 2022) et au niveau de la qualité de soins (amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles)<sup>2,3</sup>. En France, l'engagement des usagers s'est d'abord développé à l'échelle individuelle, dans un contexte d'évolution de la relation soignant-patient, plus favorable au partenariat<sup>4</sup>. Par la suite, l'engagement des usagers à l'échelle collective s'est principalement organisé au sein des établissements de santé et des instances de santé publique, notamment soutenu par la loi du 4 mars 2002<sup>5</sup>.

Les soins primaires se définissent comme des soins accessibles et de proximité répondant aux besoins de santé de façon globale et centrée sur la personne et son environnement, et assurant coordination et continuité des soins<sup>6</sup>. Les réformes récentes des soins primaires dans de nombreux pays visent notamment à répondre aux enjeux d'accessibilité aux soins, d'amélioration des parcours et de réduction des inégalités, soutenant notamment

l'essor de pratiques interprofessionnelles coordonnées<sup>7</sup>. En France, cela se traduit notamment par le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Structures pluriprofessionnelles assurant « *des activités de soins [...], de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé* »<sup>8</sup>, les MSP peuvent obtenir un soutien financier en contractualisant avec l'Assurance maladie l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), si elles déploient des actions dans chacun des trois axes suivants : l'accès aux soins, le travail en équipe et le système d'information partagé. En 2021, 1 889 MSP en fonctionnement sont recensées, et on estime qu'environ 15 à 20 % des médecins généralistes y exercent<sup>9</sup>.

Dans le même temps, des mécanismes de soutien à l'engagement des usagers en soins primaires se développent. Au niveau international, certains pays, comme l'Angleterre, ont des pratiques d'engagement des usagers en soins primaires relativement fortes, avec la nécessité pour toute structure de soins primaires depuis 2016 ayant contractualisé avec le système national de santé de mettre en place un groupe de participation des patients<sup>10</sup>. Toutefois, ces exemples restent isolés sur la scène internationale et peu de travaux de recherche sont publiés<sup>11,12</sup>. Au niveau national, le ministère de la Santé valorise, dans ses appels à projets, la prise en compte dans l'amélioration des par-

cours de santé de l'expérience des usagers, c'est-à-dire de leurs interactions vécues avec l'organisation de santé tout au long de leur parcours de santé<sup>13,14</sup>. Concernant les MSP, leur financement par l'ACI prévoit des actions relatives à l'évaluation de la satisfaction et des besoins des usagers<sup>15</sup>. Au niveau régional, des fédérations de MSP ont édité un guide de la participation dans les structures de soins primaires<sup>16</sup>. En Pays de la Loire, l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire (APMSL) a décidé de faire de l'engagement des usagers en MSP la thématique principale de sa journée régionale en 2019<sup>17</sup>. Au niveau local, certains projets de santé incluent et témoignent de l'engagement des usagers<sup>18</sup>.

Différentes traces attestent que la structuration des MSP pourrait être favorable à l'engagement des usagers au sein des MSP<sup>19</sup>. Ce mouvement d'engagement est documenté de façon très parcellaire, ne permettant ni de le quantifier ni d'en décrire les caractéristiques. La recherche de facteurs favorisants et de freins est nécessaire afin d'outiller les acteurs impliqués et *in fine* de soutenir l'engagement des usagers.

L'objectif principal de cette étude était de dénombrer et de décrire les initiatives actuelles ou passées relatives à l'engagement d'usagers dans les activités des MSP des Pays de la Loire. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les facteurs associés à l'existence de ces initiatives, et les éventuels freins perçus ou rencontrés, exprimés par les professionnels de santé.

## MÉTHODE

Il s'agit d'une étude quantitative, exploratoire, par questionnaire auprès des MSP des Pays de la Loire. La population d'intérêt était constituée de l'ensemble des MSP, reconnues par l'agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire. Les MSP de la région ont été dénombrées de façon systématique, à partir de trois ressources : le site de l'APMSL, le site maisons-et-

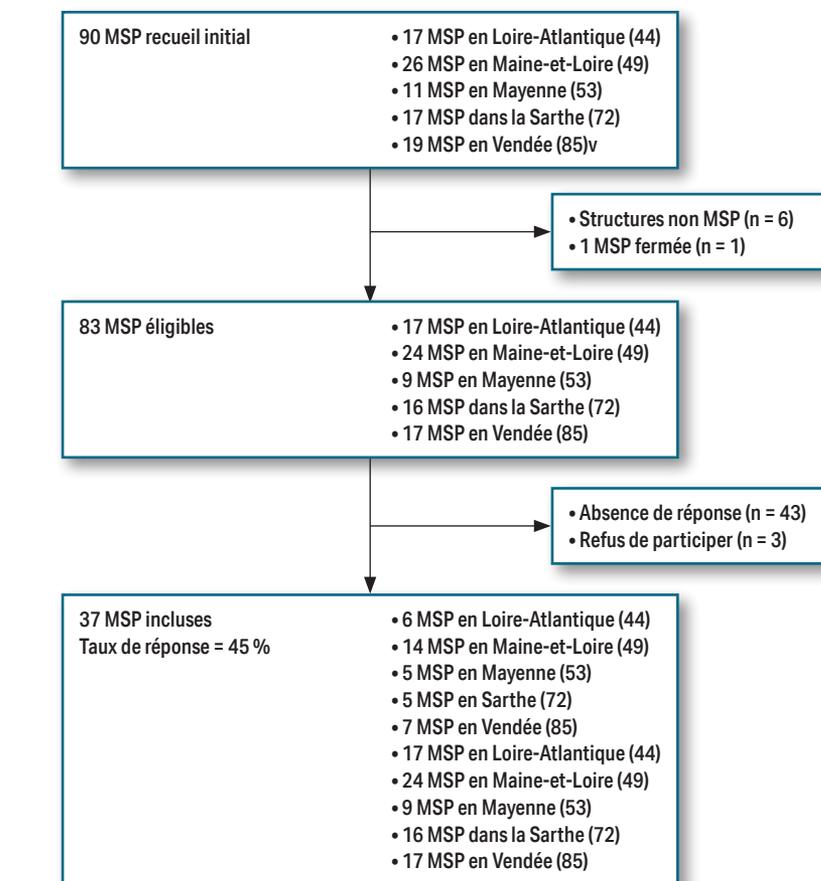


Figure - Diagramme de flux des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) incluses dans l'étude

poles-de-sante.com<sup>1</sup> et la liste fournie sur demande par l'ARS. Les doublons ont été retirés.

Les coordonnées ont été recherchées sur internet, puis chaque MSP a été contactée par téléphone, à partir de mars 2019. Les MSP ont d'abord été contactées par l'intermédiaire du secrétariat, afin de présenter l'enquête et solliciter un accord de participation, dont la modalité était laissée au choix du répondant (réponse téléphonique, immédiate ou différée, ou envoi du questionnaire par courriel). Le coordinateur ou le leader (professionnel de santé portant le projet d'exercice coordonné et de transformation des pratiques) était invité à répondre au questionnaire, à défaut un autre membre de l'équipe. Plusieurs relances auprès des

MSP n'ayant pas répondu ont été réalisées, téléphoniques, et, pour celles qui étaient présentes, en personne, lors de la Journée annuelle de l'APMSL. La dernière a été effectuée en octobre 2019.

La première partie du questionnaire caractérisait le répondant (profession, fonction) et la MSP : taille, composition en termes de PDS (nombre total de PDS, présence/absence et effectif de chacune des catégories professionnelles), département d'implantation de la MSP, nombre de sites, ancienneté, contractualisation avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) via l'ACI, participation à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à un contrat local de santé (CLS), adhésion à l'APMSL. La seconde partie du questionnaire débutait par la



question principale d'intérêt (« Travaillez-vous avec des représentants d'utilisateurs ? »), avec trois modalités possibles de réponse : « Oui actuellement », « Oui ponctuellement ou oui par le passé » et « Non ». Selon la modalité choisie, les questions suivantes exploraient les initiatives d'engagement des utilisateurs (ancienneté, types d'action, dynamique de collaboration), les éventuels projets, les motivations et les freins à ces collaborations. Les questions fermées étaient majoritaires. Le questionnaire, développé par les auteurs et inspiré de la littérature, a fait l'objet d'échanges entre les auteurs et d'un test auprès d'une coordinatrice de MSP avant validation en février 2019 (annexe 1). Du fait de la nature exploratoire de l'étude, un nombre minimal de questionnaires n'a pas été défini.

Pour les réponses fermées, les données recueillies ont d'abord fait l'objet d'analyses descriptives, à l'aide de pourcentages puisqu'il s'agit de variables qualitatives. Ensuite, des analyses comparatives sur l'ensemble des caractéristiques des MSP ont été réalisées entre deux groupes de MSP : celles ayant répondu « Oui » ou « Oui ponctuellement ou oui par le passé » d'une part, et celles ayant répondu « Non » d'autre part, à l'aide de tests du Chi-2 ou de Fisher, selon les effectifs concernés. Le seuil de significativité statistique était fixé à 0,05. Les réponses aux questions ouvertes ont été traitées selon une analyse thématique réflexive<sup>20</sup>.

## RÉSULTATS

Parmi les 90 MSP initialement recensées dans les Pays de la Loire, 83 sont actuellement en fonctionnement et 37 ont répondu à notre questionnaire, soit un taux de réponse de 45 % (figure 1), sans différence dans la distribution départementale entre les MSP participantes et les non participantes ( $p = 0,29$ ). En revanche, 25 (68 %) MSP participantes étaient adhérentes à l'APMSL contre 18 (39 %) des non participantes ( $p = 0,01$ ). Les personnes ayant répondu à l'enquête étaient le

coordonateur ( $n = 19$ ), le leader ( $n = 9$ ), un responsable de groupe de travail ( $n = 4$ ), une secrétaire ( $n = 1$ ) ou un PDS de la MSP ( $n = 1$ ).

Sur les 37 MSP, 10 (27 %) déclaraient travailler ou avoir travaillé avec des utilisateurs, dont 2 actuellement, et 8 de façon ponctuelle ou par le passé, tandis que les 27 autres MSP (73 %) déclaraient n'avoir jamais collaboré avec des utilisateurs. Les premières seront nommées ci-après « MSP utilisateurs + » et les secondes « MSP utilisateurs - ».

Concernant la distribution des PDS, le nombre médian (min-max) de PDS semblait plus important dans les MSP utilisateurs + : 24 (10-65) que dans les MSP utilisateurs - : 21 (3-55), tout comme celui des pharmaciens avec 3 (0-7) dans les MSP utilisateurs + contre 0 (0-8) dans les MSP utilisateurs -, sans différence statistiquement significative (tableau 1).

Parmi les MSP utilisateurs +, 50 % étaient en fonctionnement depuis plus de cinq ans, et 30 % participaient à un CLS, contre 30 % et 19 % des MSP utilisateurs -, respectivement, sans différence statistiquement significative (tableau 2). Par ailleurs, le département, le fait d'avoir contractualisé *via* l'ACI, le fait d'être mono- ou multisite, la participation à une CPTS, ou le fait d'être adhérent à l'APMSL n'étaient pas associés à l'existence d'initiatives relatives à l'engagement des utilisateurs.

Concernant les MSP utilisateurs +, la collaboration avec les utilisateurs avait été initiée par les PDS ( $n = 5$ ), en collaboration avec une collectivité territoriale ( $n = 1$ ) ou par la mairie ( $n = 1$ ). Dans les 6 MSP ayant des projets en cours avec des utilisateurs, ceux-ci concernaient la prévention, la promotion de la santé en lien avec les conditions de logement, l'éducation thérapeutique du patient (ETP), l'organisation des parcours de santé, la communication, ou l'expérience des utilisateurs au sein de la MSP. Les motivations rapportées par les PDS étaient relatives à la préoccupation d'« améliorer la prise en charge » des patients ou d'« adapter le développement de la MSP », grâce au « retour constructif des utilisateurs », mais aussi d'obtenir une « meilleure adhésion

des utilisateurs à la dynamique de la MSP » et de « conforter la place des utilisateurs » au sein de la MSP. Six MSP utilisateurs + évoquaient des freins, parmi lesquels : le manque de temps, la peur du jugement, le niveau d'intérêt et d'implication très inégal parmi les PDS de la MSP, la difficulté à composer avec la divergence de perspectives entre PDS et utilisateurs.

Concernant les MSP utilisateurs -, 18 (67 %) MSP déclaraient avoir connaissance d'initiatives d'engagement d'utilisateurs, parmi lesquelles 4 envisageaient ou avaient effectué des démarches pour débiter de telles initiatives. En plus des freins déjà évoqués par les MSP utilisateurs +, les MSP utilisateurs - témoignaient du manque d'intérêt des PDS, du « manque de maturité » de l'équipe, du fait qu'ils « ne savaient pas comment débiter ce travail », de la crainte que « les utilisateurs ne soient pas représentatifs », de l'absence de locaux adéquats, et, pour 2 MSP, d'interactions antérieures négatives avec des utilisateurs.

## DISCUSSION

### Principaux résultats

Dans cette enquête, environ un quart des MSP déclaraient travailler ou avoir travaillé avec des utilisateurs. Malgré l'absence de différence significative, il semblait exister une tendance à davantage d'engagement d'utilisateurs au sein des MSP plus anciennes et/ou participant à un CLS, suggérant l'intérêt d'une maturité de l'équipe et d'un ancrage territorial pour construire le partenariat avec les utilisateurs. Les actions faisant l'objet d'engagement des utilisateurs portaient sur la prévention, la promotion de la santé, l'ETP, l'organisation des parcours de santé, la communication, ou encore l'expérience des utilisateurs. Les PDS évoquaient plusieurs freins au développement de cet engagement des utilisateurs : le manque de temps des PDS, la peur du jugement par les utilisateurs, le manque d'intérêt des PDS, le fait de ne pas savoir comment s'y prendre, l'absence de locaux adéquats, ou encore une expérience antérieure négative.

	Effectif total de MSP (n = 37)	MSP « usagers + » (n = 10)		MSP « usagers - » (n = 27)	
	Au moins un PDS	Au moins un PDS	Nombre de PDS par MSP	Au moins un PDS	Nombre de PDS par MSP
MG	37 (100)	10 (100)	7 (3-17)	27 (100)	6 (3-13)
IDE	37 (100)	10 (100)	7 (2-25)	24 (100)	5,5 (2-22)
Sage-femme	21 (57)	5 (50)	1 (0-2)	16 (59)	1 (0-4)
Kiné	31 (84)	9 (90)	2 (1-8)	22 (81.5)	3 (0-10)
Dentiste	18 (49)	5 (50)	1 (0-2)	13 (48)	0 (0-7)
Pharmacien	19 (51)	6 (60)	3 (0-7)	13 (48)	0 (0-8)
Paramédical	36 (97)	9 (90)	4 (2-12)	27 (100)	6 (2-15)
Spécialiste	10 (27)	2 (20)	0 (0-1)	8 (29.5)	0 (0-4)
<b>Nombre total</b>			23,5 (10-65)		21 (3-55)

**Tableau 1** - Comparaison de la distribution des PDS au sein des MSP, selon l'existence de collaborations avec les usagers  
 IDE : infirmier en soins généraux ; MG : médecin généraliste ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; PDS : professionnel de santé.  
 Le nombre de MSP avec au moins un PDS par catégorie est exprimé en nombre (pourcentage). Le nombre de PDS par catégorie par MSP est exprimé en médiane (min-max). NB : Aucune des différences n'atteint le seuil de significativité statistique fixé (soit 0,05).

### Confrontation avec la littérature existante, enjeux et perspectives

Les thématiques d'engagement rapportées dans notre étude sont superposables à celles retrouvées dans la littérature. Ainsi, l'engagement d'usagers pour la promotion de la santé se retrouve dans le cadre des Ateliers santé ville<sup>21</sup>. L'engagement des usagers en prévention, notamment au travers de l'ETP, est largement décrit par les acteurs de soins primaires<sup>22</sup>. La participation d'usagers à l'organisation des parcours de santé a été décrite par la Maison dispersée de santé de Lille, avec la co-élaboration de protocoles pour faciliter les parcours de santé<sup>23</sup>. La dernière thématique retrouvée est la valorisation du savoir expérientiel des usagers, notamment par le recueil d'attentes et la coconstruction d'un projet de santé<sup>18</sup>. Ainsi, les MSP semblent être un lieu privilégié d'engagement des usagers, faisant toutefois face à des freins.

Les freins exprimés dans notre enquête semblent se répartir en deux catégories. La première concerne le manque de moyens humains et matériel. Comme évoqué par Devictor, soutenir l'engagement des usagers dans le système de santé nécessite un véritable

investissement en temps des PDS et « la mobilisation de moyens, au risque de rester au stade de l'incantation »<sup>24</sup>. Par ailleurs, un soutien méthodologique était sollicité pour initier la démarche et dépasser certaines difficultés pressenties (représentativité des usagers notamment). La seconde catégorie correspond à une transformation culturelle des pratiques chez les PDS. En écho à un faible nombre de publications scientifiques sur les pratiques de partenariat entre les PDS de soins primaires et les usagers, les PDS réalisent peu de démarches partenariales dans leur exercice<sup>4,25,26</sup>. Des auteurs recommandent une approche systémique de l'engagement des usagers, multipliant les portes d'entrée : politique, formation, système de santé... pour accompagner la transformation culturelle des pratiques des PDS<sup>12</sup>. Concernant la formation, les travaux de recherche, menés auprès d'étudiants exposés à des usagers engagés dans l'enseignement, témoignent à la fois de tensions sous-jacentes à collaborer avec des usagers dans l'enseignement et d'une redéfinition du périmètre des responsabilités et attitudes professionnelles<sup>27</sup>. Cette intervention dès la formation initiale permettrait de lutter plus tard

contre les peurs des PDS à travailler en collaboration avec les patients.

Pour faire face aux difficultés rapportées, un accompagnement et une formation des acteurs au partenariat entre PDS et usagers semblent nécessaires<sup>1</sup>. Sa réalisation peut passer par la création et l'utilisation d'outils tels que le guide de la participation en santé de proximité, dont l'objectif est de donner des repères et des outils pour la mise en place du partenariat entre PDS et usagers<sup>16</sup>. L'instauration de la collaboration entre PDS et usagers semble également liée au sein des équipes à l'existence d'« acteurs intermédiaires »<sup>28</sup>. Interface entre une dynamique politique et sociétale favorable à l'engagement et un milieu professionnel aux représentations encore peu favorables à l'engagement des usagers, ces profils d'acteurs permettent d'accompagner les équipes vers les innovations, en tenant compte des diverses représentations des PDS. Les leaders et coordinatrices de MSP peuvent jouer ces rôles<sup>29</sup>.

### Forces et limites

Cette enquête apporte des résultats originaux relatifs au développement de la démocratie en santé en soins primaires, qui résonnent particulièrement



		Effectif total de MSP (n = 37)	MSP « Usagers + » (n = 10)	MSP « Usagers - » (n = 27)	P
Département d'implantation de la MSP	53	5	2	3	0,38
	72	5	2	3	
	49	14	5	9	
	85	7	1	6	
	44	6	0	6	
ACI	Oui	30 (81 %)	8 (80 %)	22 (81 %)	1
	Non	7 (19 %)	2 (20 %)	5 (19 %)	
Nombre de sites de la MSP	Multisite	21 (57 %)	6 (60 %)	15 (56 %)	1
	Monosite	16 (43 %)	4 (40 %)	12 (44 %)	
Ancienneté d'ouverture de la MSP (en années)	< 5	24 (65 %)	5 (50 %)	19 (70 %)	0,27
	5-10	13 (35 %)	5 (50 %)	8 (30 %)	
	> 10	0	0	0	
Participation à une CPTS (projet ou en cours)	Oui	14 (38 %)	4 (40 %)	10 (37 %)	1
	Non	19 (51 %)	5 (50 %)	14 (52 %)	
	Ne sait pas	4 (11 %)	0	3 (11 %)	
Participation à un CLS	Oui	8 (22 %)	3 (30 %)	5 (19 %)	0,76
	Non	22 (59 %)	6 (60 %)	17 (62 %)	
	Ne sait pas	7 (19 %)	1 (10 %)	5 (19 %)	
Adhérente à l'APMSL	Oui	23 (62 %)	6 (60 %)	17 (62 %)	1
	Non	14 (38 %)	4 (40 %)	10 (38 %)	

**Tableau 2** - Comparaison des caractéristiques structurelles des MSP, selon l'existence de collaborations avec les usagers

ACI : accord conventionnel interprofessionnel ; APMSL : Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire ; CLS : contrat local de santé ; CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé, MSP : maison de santé pluriprofessionnelle.

avec les orientations de politiques de santé actuelles, telles que le renforcement de la participation des patients et usagers au sein du système de santé dans le plan « Ma santé 2022 »<sup>30</sup>.

L'enquête n'a pas permis une participation exhaustive de l'ensemble des MSP de la région. L'identification systématique des MSP par les auteurs et la réalisation de sollicitations individuelles répétées ont permis une optimisation des réponses à l'enquête. La représentativité géographique des MSP participantes était satisfaisante. En revanche, la sur-représentation de MSP adhérentes à l'APMSL a pu générer un biais, entraînant une surestimation de l'investissement des MSP dans des projets en collaboration avec des usagers. En effet, l'APMSL avait fait en 2019 de la « place de l'utilisateur » son thème annuel, mobilisant ses adhérents sur cette thématique<sup>17</sup>. Cette hypothèse peut toutefois être relativisée par le fait que l'ins-

tauration de collaborations entre MSP et usagers nécessite un temps long. Une nouvelle enquête, trois ans après cette première vague de questionnaire, permettrait de mieux cerner l'évolution des pratiques des MSP et le potentiel apport de cette Journée régionale.

Une seule personne dans chaque MSP a répondu à l'enquête, personne qui pouvait ne pas être informée de tous les projets passés ou en cours, des freins et motivations de l'ensemble des PDS de la MSP. Cependant, le répondant était dans trois quarts des cas soit le coordinateur, soit le leader, qui sont *a priori* les personnes les mieux informées des projets de la MSP.

## CONCLUSION

Cette étude suggère que l'engagement d'usagers au sein des MSP est une dynamique récente, mais présente, sus-

citant de l'intérêt de la part des équipes. Les thématiques d'engagement rapportées, autour de la promotion et de la prévention en santé, sont cohérentes avec la littérature, et les freins identifiés suggèrent des pistes de travail pour un soutien systémique au développement de l'engagement.

Ces premiers résultats ouvrent des perspectives de travaux complémentaires à la fois sur le plan quantitatif (élargissement de la population) et sur le plan qualitatif afin de mieux documenter :

- les leviers à l'engagement des usagers, qu'il s'agisse de caractéristiques structurelles des MSP, mais aussi de processus mis en œuvre (politiques de santé, formations, dynamiques et accompagnement sur les territoires...);
- les effets de cet engagement sur les projets de santé et les équipes, et *in fine* sur la qualité des soins et la réduction des inégalités sociales de santé. ♦

## Résumé

**Contexte.** L'engagement des usagers en soins primaires, soutenu par les autorités, contribue à lutter contre les inégalités sociales de santé. Les maisons de santé pluriprofessionnelles semblent être des structures favorables au développement de l'engagement des usagers en soins primaires.

**Objectif.** L'objectif principal de notre étude était de dénombrer et de décrire les initiatives relatives à l'engagement d'usagers dans les maisons de santé pluriprofessionnelles des Pays de la Loire. Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs associés et d'éventuels freins à l'engagement des usagers exprimés par les professionnels.

**Méthode.** Étude quantitative, déclarative par questionnaire, menée entre mars et octobre 2019 auprès des 83 maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement dans les Pays de la Loire.

**Résultats.** Parmi les 37 structures répondantes (taux de réponse 45 %), 10 (27 %) travaillaient actuellement, ponctuellement ou par le passé avec des usagers. La composition de l'équipe, l'ancienneté de la maison de santé pluriprofessionnelle et la participation à un contrat local de santé semblaient influencer le travail avec les usagers (résultats non statistiquement significatifs). Les principaux freins à l'engagement des usagers exprimés par les professionnels concernaient : un manque de soutien matériel, humain et méthodologique pour mettre en œuvre l'engagement des usagers ; et la nécessité d'une transformation culturelle des pratiques des professionnels.

**Conclusion.** Cette première étude confirme l'existence d'initiatives d'engagement des usagers semblant favorisées par l'ancienneté de l'équipe et l'inscription dans un contrat local de santé. Un éclairage complémentaire, en élargissant la population d'étude et en approfondissant la perspective des usagers à s'engager en soins primaires, est nécessaire.

→ **Mots-clés :** participation des patients ; maison de santé ; soins de santé primaires

## Summary

**Context.** The involvement of health care users in primary care, supported by the authorities, contributes to tackle socioeconomic inequalities in health. Multi-professional primary care practices (MPCPs) can facilitate the involvement of health care users in primary care.

**Objective.** The main objective of our study was to quantify and describe initiatives relating to the involvement of users in MPCPs in the Pays de la Loire. The secondary objectives were to identify associated factors and possible obstacles to their involvement as perceived by health professionals.

**Method.** A quantitative study was conducted among the 83 MPCPs existing in the Pays de la Loire between March and October 2019 by application of self-administered questionnaires.

**Results.** Of the 37 structures responding (45% response rate), 10 (27%) involved users currently, occasionally or had a history in the past. The composition of the team, the years of experience of the MPCPs and the participation in a local health contract seemed to influence the work with users (non-significant results). The main obstacles to the involvement according to the professionals were grouped in two axes: 1° lack of material and human resources and methodological support to implement user involvement; 2° need for a cultural transformation of traditional practices.

**Conclusion.** This first study highlights the existence of user involvement, which may be favoured by history of teamwork and by involvement in a local health contract. Further research is needed to broaden the study population and to look more closely at the perspectives of users involved in primary care.

→ **Keywords:** patient participation; community health centers; primary health care

## Références

1. Haute Autorité de santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Saint-Denis : HAS, 2021.
2. Lalani M, Baines R, Bryce M, Marshall M, Mead S, Barasi S, et al. Patient and public involvement in medical performance processes: A systematic review. *Health Expect* 2019;22(2):149-61.
3. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One* 2019;14(5):e0216112.
4. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al. The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Sante Publique* 2015;S1(HS):41-50.
5. République française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
6. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. Les soins primaires en question(s). Rennes : Hygée, 2021.
7. Willcox S, Lewis G, Burgers J. Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands. *Issue Brief Common Fund* 2011;27:1-19.
8. République française. Code de la santé publique. Article L1411-11.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de santé. Paris : MSS, 2021.
10. Wilkie P. Patient participation groups in general practice: building better partnerships. *Br J Gen Pract* 2016;66(652):548-9.
11. Carvalho PR, Ferraz ESD, Teixeira CC, Machado VB, Bezerra ALQ, Paranaaguá TT de B. Patient participation in care safety: Primary Health Care professionals' perception. *Rev Bras Enferm* 2021;74(2):e20200773.
12. Bousquet F, Ghadi V. La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international. *Rev Fr Aff Soc* 2017;1:116-27.
13. Ministère de la Santé et de la Prévention. Concours « Droits des usagers de la santé » 2021 : des acteurs plus que jamais engagés sur le terrain malgré la crise sanitaire. Paris : MSP, 2021. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/concours-droits-des-usagers-de-la-sante-2021-des-acteurs-plus-que-jamais> [consulté le 6 avril 2023].
14. Vincent C, Amalberti R. Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Qual Saf* 2015;24(9):539-40.
15. République française. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles.
16. Vuattoux P, Millot S. Petit guide de la participation en santé de proximité. Besançon : FéMaSaC, 2015. Disponible sur : <https://femasco-bfc.fr/documentation/77-patient-citoyen.html> [consulté le 6 avril 2023].
17. Association des pôles et maison de santé en Pays de la Loire. Les actes. Journée régionale 2019. Couéron : APSML, 2019. Disponible sur : <https://www.apmsl.fr/publications/actesJR2019.html> [consulté le 6 avril 2023].
18. Allory E, Banâtre A, Bourbonnois E, et al. Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative. *Sante Publique* 2017;29(4):535-45.
19. Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Rev Fr Aff Soc* 2020;1:125-41.
20. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101.
21. Motard C, Tessier S. Les démarches Ateliers santé ville : la promotion de la santé à l'œuvre dans les territoires. *Sante Publique* 2016;28(6):729-33.
22. Fournier C, Cittiée J, Brugerolles H, et al. Améliorer la complémentarité des offres d'éducation thérapeutique du patient : retour d'expérience et recommandations. *Sante Publique* 2018;30(3):307-11.
23. Prescrire rédaction. La Maison dispersée de santé de Lille: un projet de santé aux multiples facettes. *La revue prescrire* 2018;38(414):300-2.
24. Devitor B. Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? *Sante Publique* 2010;22(1):121-9.
25. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(19):2469-75.
26. Levasseur G, Schweyer FX, Dupont C. Le partenariat entre les associations d'usagers et les médecins généralistes. *Sante Publique* 2006;18(3):363-73.
27. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau CA, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. *Rev Fr Aff Soc* 2017;1:61-78.
28. Hassenteufel P. Sociologie politique : l'action publique. Paris : Armand Colin, 2011.
29. Schweyer FX. Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation. *Journal de gestion et d'économie de la santé* 2019;1(1):33-53.
30. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Paris : MSS, 2021.