



HAL
open science

Accompagnement des professionnels de santé dans la mise en place et la pérennisation de l'exercice coordonné

Léa Gherissi

► **To cite this version:**

Léa Gherissi. Accompagnement des professionnels de santé dans la mise en place et la pérennisation de l'exercice coordonné. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04182862

HAL Id: dumas-04182862

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04182862v1>

Submitted on 18 Aug 2023

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.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA MISE
EN PLACE ET LA PÉRENNISATION DE L'EXERCICE COORDONNÉ**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

SPÉCIALITÉ : INDUSTRIE

Par Mme Léa GHERISSI

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 30/06/2023

Président du jury :

M. le Pr Jean-Luc LENORMAND

Membres :

M. Jérôme COMBE (tuteur universitaire)

Mme le Dr Marina RODENAS (directrice de thèse)

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2022 / 2023

Doyen de la Faculté - Pr Michel SÈVE
Vice-Doyen Pédagogie - Dr Pierre CAVAILLÈS
Vice-Doyen Recherche – Pr Walid RACHIDI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOÏT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
AHU	AMEN	AXELLE		
Professeur Emérite	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	
MCF	BATANDIER	CÉCILE	LBFA – INSERM U1055	
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
MAST	BELLET	BÉATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	LRB /INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC	
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANÇON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
MCU-PH	BUSSER	BENOÏT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		
MCF	CAVAILLÈS	PIERRE	IAB	
MCU-PH	CHANOINE	SÉBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JÉRÔME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	
ATER	DARRACQ GHITALLA CLOCK	MARIE		
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF Emérite	DELÉTRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	
MCF	DEMEILLIERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR5063	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui

Mise à jour le 23/11/2022 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
PRCE	FITE	ANDRÉE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CÉCILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
PU-PH	GERMI	RAPHAËLE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GÈZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	Oui
Professeure Emérite	GRILLOT	RENÉE	-	
MCF	GUIEU	VALÉRIE	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCU-PH	HENNEBIQUE	AURÉLIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	Oui
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR S1042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	Oui
AHU	LEO	CAROLINE		
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
AHU	MINOVÉS	MÉLANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
ATER	OZCAN	BILGEHAN		
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PERRIER	QUENTIN		
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SÈVE	MICHEL	TIMC	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRÉNOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
AHU	TRUFFOT	AURÉLIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CÉCILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
AHU	VITALE	ELISA		
MCF	WARTHER	DAVID	DPM	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEW	DENIS	-	

AHU : Assistant Hospitalo-Universitaire
ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
CRI : Centre de Recherche INSERM
CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institute for Advanced Biosciences
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LPSS : Laboratoire Parcours Santé Systémique
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
MAST : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel
MCF : Maître de Conférences des Universités
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
PU : Professeur des Universités
PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
SyMMES : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
UMR : Unité Mixte de Recherche
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

A mes parents,

Sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour vos sacrifices. Merci d'avoir toujours cru en moi et de me soutenir dans tout ce que je fais. Vous êtes mes piliers. J'espère vous avoir dans ma vie le plus longtemps possible et vous rendre heureux comme vous m'avez rendu heureuse.

À ma petite sœur,

qui a toujours cru en moi. Merci pour ton soutien et ton esprit fou. Merci pour tous ces moments passés ensemble.

A mon petit frère,

Merci d'avoir toujours été là pour moi malgré nos vies extrêmement remplies. Nous avons grandi en tant que partenaires et j'espère que nous continuerons nos aventures comme avant.

À mes amis,

Vous vous reconnaîtrez. Merci à vous aussi d'être à mes côtés. Merci pour votre soutien, vos encouragements et tous les bons moments passés à travers les conseils, les potins et les rires.

A Marina,

Merci pour ta gentillesse et ton soutien tout au long de cette année, mais surtout pour ta bonne humeur et ta positivité à toute épreuve. Sans toi, mon expérience aurait été bien différente, tu es au top.

A Jérôme Combe,

Merci à Monsieur Combe d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail et surtout de m'avoir fait confiance.

A Jean-Luc Lenormand,

Merci à Monsieur Lenormand d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et surtout d'avoir trouvé du temps pour moi sur ce travail.

A tous ceux qui ont contribué à ce travail,

Je tiens à exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont aidé dans la relecture, la collecte d'informations et le remplissage des enquêtes. En outre, je tiens à exprimer mes remerciements aux organisations qui m'ont consacré du temps.

Table des matières

Liste des figures.....	8
Liste des abréviations.....	10
Introduction.....	11
Description du domaine et des questions de recherche.....	12
Revue de la littérature.....	13
Matériel et méthodes.....	24
Objectif de l'étude.....	24
Conception de l'étude et description des populations étudiées.....	25
Construction du questionnaire.....	26
Résultats.....	29
1. Les professionnels de santé en dehors de l'exercice coordonné.....	29
1.1 Données générales sur les entretiens.....	29
1.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	29
1.3 Volonté et besoin de faire partie d'une structure de pratique coordonnée.....	31
1.4 la connaissance des professionnels de santé ne pratiquant pas d'exercice coordonné.....	34
2. Les professionnels de santé en exercice coordonné.....	36
2.1 Données générales sur les entretiens.....	36
2.2 Caractéristiques de l'échantillon.....	36
2.3 Caractéristiques des structures d'exercice coordonné.....	38
2.4 Financement des structures d'exercice coordonné.....	42
2.5 Les organismes de soutien pour les structures d'exercice coordonnée.....	44
2.6. Exercice coordonné et importance du diabète.....	45
2.7 Défis rencontrés par les PDS dans la pratique coordonnée.....	47
2.8 Outils utilisés par les PDS dans la pratique coordonnée.....	48
2.9 Idées et conseils des professionnels de santé dans le cadre de la pratique coordonnée.....	52
2.10 La contribution de l'exercice coordonné.....	54
Discussion.....	55
Regards croisés.....	55
Feuille de route illustrée.....	59
Le financement.....	91
Le rôle des organisations de soutien.....	101
Analyse financière.....	105
Limites et forces de l'étude.....	117
Ouverture.....	119
Conclusion.....	121
Bibliographie.....	126
Annexe.....	135
.....	188

Liste des figures

La figure 1 montre les professions des professionnels de la santé

La figure 2 décrit l'âge des professionnels de santé

La figure 3 traite de la volonté des PDS de faire partie/créer une structure de pratique coordonnée.

La figure 4 montre les raisons de réticence des professionnels de santé.

La figure 5 montre les besoins des professionnels de la santé pour s'inscrire dans une pratique coordonnée.

La figure 6 montre la connaissance qu'ont les professionnels de la santé des organismes de soutien.

La figure 7 illustre la connaissance qu'ont les professionnels de la santé des options de financement.

La figure 8 montre les professions des professionnels de santé au sein de la structure.

La figure 9 décrit l'âge des PDS

La figure 10 décrit le type de structure dont les PDS font partie

La figure 11 décrit la composition des équipes d'exercices coordonnés

La Figure 12 montre le pourcentage d'employés dans les structures

La figure 13 montre l'ancienneté de la structure d'exercice coordonné

La figure 14 décrit le stade de la structure d'exercice coordonné

La figure 15 représente le pourcentage de structures d'exercice coordonné ayant un projet immobilier

La Figure 16 représente les types de financement reçus par les structures

La Figure 17 représente les organismes de soutien ayant accompagné les PDS

La figure 18 montre la priorité accordée par les équipes au diabète

La figure 19 montre l'intérêt que les équipes portent aux projets sur le diabète

La figure 20 représente les limites du territoire sur une carte

La figure 21 montre les différentes catégories socioprofessionnelles de la population

La figure 22 montre le taux de pauvreté, c'est-à-dire le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté en 2019

La figure 23 montre le diagramme de Gantt des différentes étapes

Liste des abréviations

ACI : Accord interprofessionnel

AME : Aide médicale d'État

ARS : Agence régionale de santé

BGM : Surveillance de la glycémie

CDS : Centres de santé

CGM : Surveillance continue du glucose

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

ESP : Équipes de soins primaires

FIR : Fonds d'intervention régional

PDS : Professionnels de santé

IPA : Infirmiers de pratique avancée

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MSP : Maison de santé pluridisciplinaires

PCMH : Patient-Centered Medical Home (maison médicale centrée sur le patient)

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URPS : Union régionale des professionnels de santé

UTEP : Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient

Introduction

L'exercice coordonné est un modèle d'activité centré sur le patient qui va se généraliser en France et qui est principalement le résultat de l'initiative du gouvernement français.(1)

La pratique coordonnée est un mode d'exercice permettant à de nombreux praticiens de santé de travailler sur des projets de santé spécifiques en collaboration avec d'autres acteurs de santé dans le but d'améliorer les soins aux patients et les parcours de santé. (2) (3)

Pour plusieurs raisons aujourd'hui l'exercice coordonné connaît un développement important en France.

Tout d'abord, nous sommes au milieu d'une transition épidémiologique. En effet, avec le vieillissement de la population et l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques, un changement dans les soins s'opère, avec une augmentation des soins ambulatoires.

De plus, avec l'extension des déserts médicaux, l'accès aux soins se dégrade. Il est devenu évident que les soins ville-hôpital doivent être réorganisés.

Ensuite, il existe une volonté politique de faire évoluer les soins et le processus de soins, poussant les professionnels de santé à travailler de manière plus coordonnée autour des patients. En effet, les organisations et les rémunérations des professionnels de santé s'adaptent de plus en plus aux systèmes coordonnés.

Enfin, dans le domaine de la santé, nous vivons une véritable révolution numérique. La crise Covid a servi de catalyseur au développement de solutions d'e-santé et d'outils numériques.(5)

Au vue de l'état actuel du système de soin français, le gouvernement a fixé pléthore d'objectifs à atteindre afin de faire de l'exercice isolé une exception. Malheureusement, malgré les incitations gouvernementales et la nécessité de l'exercice coordonné, les chiffres tendent à montrer une réticence de la part des professionnels de santé.

L'objectif de cette thèse est d'étudier les obstacles et les barrières auxquels les professionnels de santé sont confrontés lors de la mise en œuvre de structure d'exercice coordonné, afin de créer une feuille de route qui couvre toutes les étapes, de la mise en place d'une structure d'exercice coordonné à sa pérennisation, en se basant sur leur retour d'expérience.

Nous allons également étudier le rôle que peut jouer l'industrie pharmaceutique pour accompagner les PDS dans cet engagement vers l'exercice coordonné. L'exemple de Roche Diabetes Care sera utilisé pour représenter l'industrie pharmaceutique dans cette étude.

Leader sur le marché du diabète et dans l'accompagnement des PDS, Roche souhaite soutenir les professionnels dans la mise en place de l'exercice coordonné et, plus particulièrement, dans les initiatives de santé autour de la prévention du diabète, dans le but de proposer en permanence des services plus différenciés.

Dans une première partie nous aborderons les questions de recherche puis dans une deuxième partie nous passerons en revue la littérature sur le sujet.

Description du domaine et des questions de recherche

La question spécifique est de savoir pourquoi, malgré son importance, peu de professionnels s'efforcent à s'engager dans l'exercice coordonné. Le deuxième point est de savoir quel rôle peut jouer l'industrie pharmaceutique pour le favoriser.

Pour cela 3 questions subsidiaires vont guider notre recherche :

Quelles sont les étapes clés du déploiement d'une structure de pratique coordonnée ?

Quels sont les problèmes et obstacles actuels rencontrés par les professionnels de santé et quelles solutions peut-on leur proposer ?

Quelles sont les opportunités business et le retour sur investissement pour un industriel pharmaceutique de soutenir les structures de pratique coordonnée ?

Revue de la littérature

Dans un premier temps, nous allons évoquer les fondamentaux de l'exercice coordonné.

Ensuite, nous présenterons comment le modèle de santé français est passé d'un modèle de pratique individualiste à un modèle pluri professionnel avec le patient au cœur de celui-ci.

Ensuite, nous expliquerons les avantages avérés de ce type de prise en charge centré sur le patient, avec une comparaison étendue à d'autres pays comme les États-Unis.

Dans une quatrième partie, nous exposerons les difficultés et les défis soulevés par ce type de pratique.

Enfin, nous présenterons la place de l'industriel dans l'accompagnement des professionnels de santé exerçant en structures d'exercice coordonné.

L'objectif de l'exercice coordonné est de mettre en commun des compétences et des ressources dans un but appelé projet de santé pour une meilleure prise en charge des patients.(2) Pour ce faire, les praticiens de santé peuvent être regroupés dans une structure physique (intra-muros) ou simplement collaborer entre eux (extra-muros ou multi-sites). (3)

Il existe 5 modes d'exercice coordonné en France:

Pour commencer, les équipes de soins primaires, ou ESP, ont été créées par la loi relative à l'organisation et à la restructuration du système de santé français promulguée le 24 juillet 2019.

Une équipe de soins primaires est le plus généralement un groupe de médecins généralistes qui choisit de proposer des soins sur la base d'un projet de santé qu'ils ont élaboré ensemble. Il s'agit de la forme de regroupement la plus simple et la plus souple pour les PDS. Ce niveau de regroupement peut offrir la possibilité de rejoindre une MSP ou une CPTS dans le futur. Actuellement, il en existe une cinquantaine en France. (4) (5)

Ensuite, les maisons de santé pluridisciplinaires ou MSP ont été ajoutées au Code de la santé publique en 2007, peu après le vote de la loi de financement de la sécurité sociale, dont l'objectif était de lancer l'exercice collectif des professions de santé libérales, en décembre de la même année. Dans les MSP, les professionnels de santé collaborent à des initiatives interprofessionnelles et à des protocoles de santé multiprofessionnels.(4)

Ces structures peuvent être mono ou multi-sites et impliquer au moins deux médecins et un professionnel paramédical. Actuellement, il existe environ 1 600 MSP en France. (5)

Ensuite, les centres de santé, aussi appelés CDS, regroupent une équipe de professionnels médicaux de différents domaines dans le but de délivrer des soins coordonnés afin de faciliter la prise en charge globale du patient, par l'éducation thérapeutique, la prévention et le dépistage.

Les CDS s'articulent autour de professionnels salariés tenus de respecter les dispositions de l'article L.6323-1 du Code de la santé publique français comme d'être conventionnés secteur 1. Compte tenu du nombre d'actes médicaux effectués par les médecins, l'assurance maladie est la principale source de revenus des CDS. (4) (5) En France, on en compte 2280 à l'heure actuelle.(5)

Ensuite, les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS.

La loi Touraine de 2016 a créé les CPTS afin de faire face à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire. Le rôle de la CPTS est de réunir des spécialistes à l'échelle d'un territoire qui souhaitent travailler sur un projet de santé.

Pour faire partie d'une CPTS, les professionnels de santé doivent déjà exercer dans des structures d'exercice coordonné (MSP et CDS), dans des cabinets médicaux, voire des établissements médico-sociaux. Actuellement, il existe 590 CPTS en France. (4) (5)

Enfin, avec le statut du 24 juillet 2019, les équipes de soins spécialisés ont été définies.

Dans une équipe de soins spécialisés, les médecins sont spécialisés dans un domaine autre que la médecine générale. Ils travaillent sur un projet de santé et coordonnent leurs activités avec les autres acteurs médicaux du territoire. (5)

Notons qu'avec la montée en puissance de l'exercice coordonné, de nouvelles professions et de nouveaux programmes sont apparus.

Tout d'abord, les infirmiers en pratique avancée (IPA). Dans le décret du 18 juillet 2018, la définition des infirmiers en pratique avancée a été établie ; un infirmier expérimenté ayant au moins trois ans d'expérience en soins infirmiers et un diplôme délivré par l'État en tant qu'IPA, peut servir dans ce rôle.

La pratique avancée comprend "les activités d'orientation, d'éducation, de dépistage ou de prévention, les actes d'évaluation et de conclusion clinique, les actes techniques, les actes de surveillance clinique et paraclinique, les prescriptions de produits de santé non couverts par une prescription médicale, les prescriptions d'examens complémentaires et les renouvellements ou modifications de prescriptions médicales." (5)

Pour les patients atteints de maladies chroniques, le protocole ASALEE, élaboré en 2004, permet aux infirmières de travailler en tandem avec un médecin généraliste pour assurer les soins par la prévention secondaire, l'éducation thérapeutique et le suivi.

Tant l'augmentation du personnel infirmier que le financement de droit commun d'ASALEE ont été inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2018.(5)

Ensuite, il y a la fonction de coordinateur, qui peut être ou non un professionnel de santé et dont les missions varient selon les structures.

Le coordinateur peut être en charge de l'administration (suivi budgétaire, recherche de partenariat, etc.), de la communication (au sein de l'équipe ou avec les autorités), de l'animation (planification des réunions, communication interne), ou de la gestion de projet (mobilisation des équipes, suivi et évaluation des actions, etc.) (6)

Vient ensuite la fonction d'assistant médical, dont la responsabilité est de soulager les médecins. Pour cela, le médecin a toute latitude pour déléguer des responsabilités à l'assistant médical en fonction des besoins et des priorités du cabinet.

Les tâches administratives de l'assistant médical peuvent inclure l'accueil des patients, la gestion de leurs dossiers, l'aide à l'habillage, la livraison des kits de dépistage, ainsi que des tâches d'organisation et de coordination (ex : être en contact avec les acteurs de santé) (6).

Enfin, un décret définissant le rôle du pharmacien correspondant publié le 28 mai 2021, permet désormais au patient de choisir son pharmacien correspondant. Avec ce nouveau statut, le pharmacien a la possibilité de renouveler ou d'ajuster un traitement en concertation avec le médecin, s'il exerce dans une structure d'exercice coordonné. C'est une grande avancée pour la profession de pharmacien car ce statut renforce son rôle de professionnel de santé et c'est aussi une amélioration pour les patients. (7)

Suite à la création de ces nouvelles structures et profession, des objectifs ont été fixés par le gouvernement français avec le plan Ma santé 2022.

Parmi eux; l'ensemble du territoire français devrait avoir été couvert par des CPTS au 1er juillet 2021 soit un total de 1000 CPTS, 1800 MSP devaient être recensées d'ici 2022, et 4000 assistants médicaux devaient être actifs d'ici 2022. En bref, l'exercice isolé devait devenir une exception. (8)

Cependant, les statistiques montrent que ces objectifs n'ont pas été atteints. En effet, on compte 600 CPTS sur les 1000 prévues, 1600 MSP sur les 1800 et 3000 contrats d'assistants médicaux signés à la mi-2022. (9) De plus, peu de praticiens de santé ont franchi le pas de la coordination de leurs pratiques. Par exemple, sur 21000 pharmacies en France, seules 2547 sont en exercice coordonné. (10) Malgré les incitations gouvernementales et la nécessité de l'exercice coordonné, les chiffres tendent à montrer une réticence de la part des professionnels de santé.

Voyons maintenant comment nous sommes passés d'une pratique isolée à une pratique coordonnée de la médecine.

Selon Bertrand Garros, jusqu'à présent, le système de santé français était principalement individualiste.

"Caractérisé par une interaction duale, entre le médecin qui exerce en retrait et le patient qui vient à lui de sa propre volonté. Cette approche imposait une hiérarchie entre les prescripteurs, souvent des médecins, et les prescrits, comme les infirmiers."(14)

L'évolution de la médecine, comme celle de la société, n'a cessé de faire douter de la légitimité de cette organisation fondamentalement individuelle. (14)

Selon Jihane Sebai, en raison d'évolutions fonctionnelles, organisationnelles et techniques à plusieurs niveaux, le secteur médical connaît une transformation importante des soins de santé, qui se traduit par l'émergence de systèmes de soins centrés sur le patient et favorisant la coopération interprofessionnelle. On assiste même à une augmentation des collaborations entre des structures de santé historiquement antagonistes, comme la médecine de ville et l'hôpital, qui se développent pour une prise en charge globale du patient. (15) La pratique de groupe semble être devenue une grande tendance dans laquelle beaucoup de gens s'investissent, et ce n'est plus une exception.(16)

Selon le livre de Jihane Sebai, cette révolution médicale a coïncidé avec un changement politique. Plusieurs réglementations, comme la réforme du médecin généraliste de 2004, ont permis la création d'un parcours de soins coordonnés autour du médecin généraliste, dans lequel le patient est le seul décideur.

Plus tard, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires de 2009 a élevé le statut du patient en faisant de son bien-être l'objet principal de l'attention des décideurs en matière de santé. (15)

Le président de la République française a annoncé en 2018 le plan Ma santé 2022, censé répondre à plusieurs problématiques, notamment "les attentes non satisfaites des patients et des professionnels, les rigidités organisationnelles et les tensions financières croissantes". (4)

Selon Élixa Derrien, depuis cette réforme visant à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, des mesures telles que le décroisement de la ville et de l'hôpital ont été engagées pour mieux répondre aux besoins de soins de proximité.

Avec toutes ces mesures, la fin de l'exercice isolé est en vue.(4)

Cependant, la question des bénéfices de ces modes de prise en charge pluriprofessionnel se pose.

Le modèle des maisons médicales centré sur le patient (modèle PCMH) créé aux États-Unis dans les années 1990 en est un exemple. (16)

Plusieurs études de cas et examens universitaires ont montré que le modèle PCMH permettait de réduire les dépenses tout en offrant un important retour sur investissement.

Le modèle PCMH a entraîné une réduction de 15 % des visites aux services d'urgence et une réduction de 18 % des admissions en milieu hospitalier dans le cadre du projet pilote PCMH multi-payeur du Colorado, avec un retour sur investissement de 4,5 \$ pour chaque dollar investi.

En un an seulement, un programme PCMH dans le Maryland a permis d'économiser 98 millions de dollars et d'améliorer les notes de qualité de près de 10 %. " (17)

"Le programme PCMH du Geisinger Health System a réduit les réadmissions à l'hôpital de 18 %, tandis que le programme ProvenCare de maison médicale pour la chirurgie cardiaque a réduit les réadmissions de 44 %.

Les projets pilotes PCMH du Medical Home of Philadelphia ont entraîné une réduction de 9,6 % des coûts totaux." (18)

Selon une étude publiée dans la revue Health Services Research, "les prestataires du système PCMH de Blue Cross-Blue Shield of Michigan ont réduit les visites aux services d'urgence de 3,7 % et les admissions en milieu hospitalier de 3,8 %.

Les patients souffrant de six maladies chroniques particulières (asthme, angine, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, hypertension artérielle et insuffisance cardiaque congestive) ont vu une réduction de 11,2 % des visites aux services d'urgence et de 13,9 % de l'utilisation générale des hôpitaux.

Selon l'enquête, les personnes atteintes des six maladies chroniques les plus courantes ont économisé 17,2 % sur les visites à l'hôpital et 9,4 % sur les visites aux urgences lorsqu'elles ont utilisé le réseau PCMH." (19)

Comme nous pouvons le constater, ce modèle est testé et a prouvé ses bénéfices aux États-Unis.

Dans la littérature française, on retrouve principalement les bénéfices attendus de la coordination des soins.

Selon l'article d'Annie Bartoli et Jihane Sebai, du côté des PDS, la jeune génération de professionnels de santé est très attachée au travail en équipe autour du patient car il est perçu comme plus convivial, la mutualisation des fonctions support permet aux PDS de se consacrer aux soins, et la coordination assure une meilleure réponse aux demandes des patients. Surtout, l'atténuation de la désertification que permet ce type de structure contribue à la diminution de l'isolement, facteur de stress et de surcharge.(16)

Du côté des pouvoirs publics, "les services de santé fournis par le gouvernement ont pour objectif d'augmenter à la fois l'accessibilité et la qualité des soins en termes d'éducation et de prévention, en plus de réduire les coûts associés au système." (20)

Enfin, du côté des patients, on s'attaque aux inégalités telles que l'inaccessibilité et la discontinuité des soins pour rétablir l'équité. (16)

Ce nouveau modèle d'exercice centré sur le patient permettra non seulement de réduire les risques iatrogènes, mais aussi d'atténuer l'anxiété ressentie tant par le patient que par les soignants. (4)

Cependant, des obstacles se dressent encore sur la route du développement de ces structures.

D'une part, il y a des barrières humaines à surmonter.

Tout d'abord, les prestataires de soins de santé ont peu de connaissances sur ces structures de pratique coordonnée. Les professionnels de santé devront déployer beaucoup d'efforts pour apprendre, comprendre et s'adapter à ce nouveau style de travail.

Deuxièmement, comme pour tout projet de groupe, les relations interpersonnelles peuvent être compliquées par des conflits interpersonnels, un manque de confiance ou des niveaux variables d'implication pour diverses raisons. Il peut être difficile de motiver les professionnels de santé, en particulier les médecins, qui sont souvent surchargés de travail.

Pour les convaincre, il faut leur montrer que le travail en équipe n'augmentera pas leur charge de travail mais leur facilitera au contraire la vie et leur permettra d'améliorer la qualité du traitement de leurs patients. (5)

D'autre part, il existe des obstacles organisationnels.

Tout d'abord, il y a une préoccupation administrative. En effet, la mise en place de structures de santé centrées sur le patient nécessite de multiples entretiens préalables entre PDS pour identifier les besoins, produire un diagnostic territorial, concevoir un projet de santé, et formaliser le tout dans un contrat. De plus, les discussions et les négociations avec les autorités gouvernementales peuvent parfois s'avérer difficiles, surtout pour les professionnels de santé qui ne sont pas habitués aux responsabilités administratives.

Ensuite, il y a des blocages financiers à plusieurs niveaux : L'argent pour la structure est parfois insuffisant et long à obtenir, surtout au début du projet. Dans certaines circonstances, le cadre associatif peut être un obstacle à une répartition financière équitable pour les PDS. (5)

La capacité des parties prenantes à détecter et à réguler les difficultés et les inquiétudes qui se développent pendant les phases de démarrage est essentielle à la durabilité de ces modes d'exercice coordonnés, comme c'est le cas pour tous les processus de changement. Elle dépend non seulement des investissements consentis par les acteurs territoriaux mais aussi de la motivation et de la participation des professionnels de santé eux-mêmes.(16)

Ces défis ont été bien identifiés par certains prestataires de services qui ont immédiatement compris les opportunités commerciales offertes par ce nouveau marché.

Il existe des services spécialisés dans l'accompagnement des professionnels de santé dans leurs projets immobiliers pour leur structure d'exercice pluriprofessionnelle. Office Santé, une entreprise bretonne, aide à la gestion financière des projets immobiliers, à la construction des locaux et à la création de services pour faciliter la gestion quotidienne de ces structures. (Entretien, nettoyage, sécurité, gestion de l'accueil, etc.) (21)

Des services comme Docteur House, qui réalise des études de faisabilité, aide à la conception de projets de santé et à la contractualisation, sont disponibles pour aider au montage administratif des dossiers et à la recherche de financements.(22)

Il existe des services d'aide à la gestion quotidienne, comme l'aide à la maintenance et à l'entretien des locaux, le secrétariat externalisé et l'aide au recrutement des professionnels de santé et du personnel non médical.

Il existe d'autres services qui aident les professionnels dans la transformation numérique de ces structures, comme Medaviz, Move in Med, ou Plexus Santé, en fournissant des solutions de télémédecine, du matériel médical connecté, ou des plateformes de coordination des soins. (5) (23)

Ce nouveau marché est une voie stratégique passionnante avec de nombreux potentiels commerciaux.

La recherche a abordé un certain nombre de questions, notamment les avantages et les inconvénients perçus de ce type de pratique par les professionnels de la santé. Elle a également examiné l'impact pour les patients et les soignants sur la qualité des soins et l'amélioration de l'accès aux soins.

Bien qu'il existe des études dans la littérature qui ont tenté de répondre à des questions spécifiques, nous n'avons pas connaissance d'études qui ont été menées auprès de professionnels de santé ou d'organisations qui soutiennent les professionnels dans leur démarche de pratique coordonnée,

permettant ainsi la création d'une feuille de route qui lève les zones grises de la pratique coordonnée et apporte un réel soutien aux professionnels de santé qui souhaitent s'engager dans cette voie.

Matériel et méthodes

Objectif de l'étude

Nous allons explorer la relation entre les professionnels de santé et une méthode de pratique relativement nouvelle appelée pratique coordonnée, en examinant en profondeur les freins et les obstacles qui existent à la mise en œuvre de cette approche par les PDS.

L'objectif de cette enquête est d'identifier les différentes étapes de création d'une structure de pratique coordonnée et les difficultés rencontrées par les professionnels de santé à chaque étape, afin de créer une feuille de route pour aider les professionnels de santé à établir et maintenir des structures de pratique coordonnée. Elle informera les professionnels de santé sur les ressources et les fonds dont ils disposent à chaque niveau, ainsi que sur les coordonnées des organisations essentielles à contacter en cas de besoin.

Pour la collecte des données, 2 types d'enquêtes qualitatives ont été réalisées ; une enquête via un questionnaire sous forme de google form qui a été envoyé par email aux professionnels de santé et une enquête téléphonique en entretien semi-directif auprès des institutions et organismes publics. L'entretien semi-directif permet de répondre à notre souhait d'obtenir sur le sujet, un partage d'expérience et de points de vue différents riches et précis et permet d'approfondir certains points apportés par l'interlocuteur. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits.

L'enquête a consisté en un total de 66 retours (34 professionnels de santé en exercice coordonné, 32 professionnels de santé hors exercice coordonné) et 5 appels auprès d'organismes de soutien.

Conception de l'étude et description des populations étudiées

Le processus suivant a été utilisé pour identifier et contacter les professionnels de santé qui font partie d'une structure d'exercice coordonnée :

Une recherche en ligne a permis d'obtenir une carte des différentes structures d'exercice coordonné. Elle recense environ 1000 structures à travers la France, ainsi que le type de structure, sa localisation, ses coordonnées et, le cas échéant, un projet de santé.

Nous avons contacté de manière aléatoire les professionnels de ces structures pour leur demander de répondre au questionnaire.

Sur les boards Roche, nous avons également contacté les médecins généralistes, les pharmaciens et les infirmières.

La stratégie suivante a été utilisée pour identifier et contacter les professionnels de santé qui ne faisaient pas partie d'une structure d'exercice coordonné :

Nous avons contacté les professionnels de santé de notre réseau (réseau professionnel et réseau LinkedIn) et les avons invités à participer à l'enquête.

Enfin, une recherche en ligne a été organisée pour découvrir et contacter les organisations qui aident les professionnels de santé dans leur démarche d'exercice coordonnée.

Nous avons contacté ces organisations pour étudier le soutien apporté lors des différentes étapes de la mise en place d'une structure d'exercice coordonnée et nous appliquerons leur approche à notre feuille de route.

Construction du questionnaire

Un pharmacien, chef de projet dans une entreprise pharmaceutique et très impliqué auprès des professionnels de santé, notamment sur le thème de l'exercice coordonné, a vérifié les questionnaires. Ils ont également été remis à l'équipe de Roche en charge de l'exercice coordonné. Certaines questions ont été volontairement répétitives et reformulées afin de pousser le plus loin possible la réflexion des participants sur le sujet.

Questionnaire pour les professionnels de santé faisant partie d'une structure d'exercice coordonnée :

- 1) Quelle est votre profession et votre âge ?
- 2) Quel est le type de structure et son statut ? (MSP, ESP, CDS, CPTS.../ état actuel)
- 3) Depuis combien de temps la structure existe-t-elle ?
- 4) Qui compose l'équipe soignante ? (type de profession, nombre, etc.)
- 5) Avez-vous un projet immobilier pour votre structure ?
- 6) Avez-vous des salariés ?
- 7) Quels sont les financements dont vous bénéficiez pour la structure ?
- 8) Quels organismes vous ont aidé dans le déploiement de votre projet d'exercice coordonné ?
- 9) Dans votre projet de santé, le diabète fait-il partie des pathologies prioritaires ?
- 10) Avec l'équipe, quelles actions pourriez-vous mener pour améliorer la prévention et/ou l'accompagnement des patients diabétiques ?
- 11) Quels outils utilisez-vous au sein de votre équipe ? (communication, partage d'informations, alertes, réunions...).
- 12) Rencontrez-vous des difficultés ? Si oui, lesquelles ? (communication, partage d'informations, gestion du temps, travail en équipe,...)

13) Parmi les affirmations ci-dessous, quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?

J'ai trouvé difficile de trouver d'autres professionnels de santé motivés

J'ai trouvé qu'il y avait un manque de médecins ou qu'ils étaient surchargés

J'ai manqué de temps

Je ne savais pas par où commencer/où trouver des informations

J'ai trop de travail administratif à faire

J'ai eu des difficultés à mettre en œuvre des actions de santé

J'ai des difficultés à animer/coordonner l'équipe de l'établissement

Les validations administratives sont longues et complexes

14) Qu'avez-vous mis en place au sein de l'équipe qui fonctionne bien ? (méthode de travail, organisation, fréquence des réunions, objectifs, animation, etc.)

15) Afin d'améliorer le fonctionnement de votre équipe, qu'est-ce qui pourrait être mis en place ?

16) Dans quelle mesure êtes-vous satisfait d'être membre d'une équipe pluriprofessionnelle et pourquoi ?

17) Quels conseils donneriez-vous à une équipe qui souhaiterait s'engager dans la pratique coordonnée ?

Questionnaire pour les professionnels de santé ne faisant pas partie de la structure d'exercice coordonné :

1) Quelle est votre profession et votre âge ?

2) Seriez-vous prêt à faire partie d'une structure d'exercice coordonné ou à en créer une ?

3) De quoi auriez-vous besoin pour démarrer votre projet de pratique coordonnée ?

Informations/explications sur la pratique coordonnée pour plus de clarté

Explication des différentes options de financement

Assistance à la gestion administrative

Soutien d'une organisation/administration

Une feuille de route me montrant les étapes à suivre pour m'engager dans l'exercice coordonné

D'autres professionnels de santé motivés

Des contacts spécialisés (membres de l'ARS, consultants, etc.).

autre : ...

4) Qu'est-ce qui vous empêche de créer/rejoindre une structure d'exercice coordonné ?

5) Quelles sont les difficultés à travailler en équipe pluri-professionnelle ?

6) Selon vous, quelles organisations soutiennent les professionnels de santé dans la mise en œuvre de l'exercice coordonné ?

7) Quelles sont, selon vous, les aides financières disponibles pour les structures d'exercice coordonné ?

Résultats

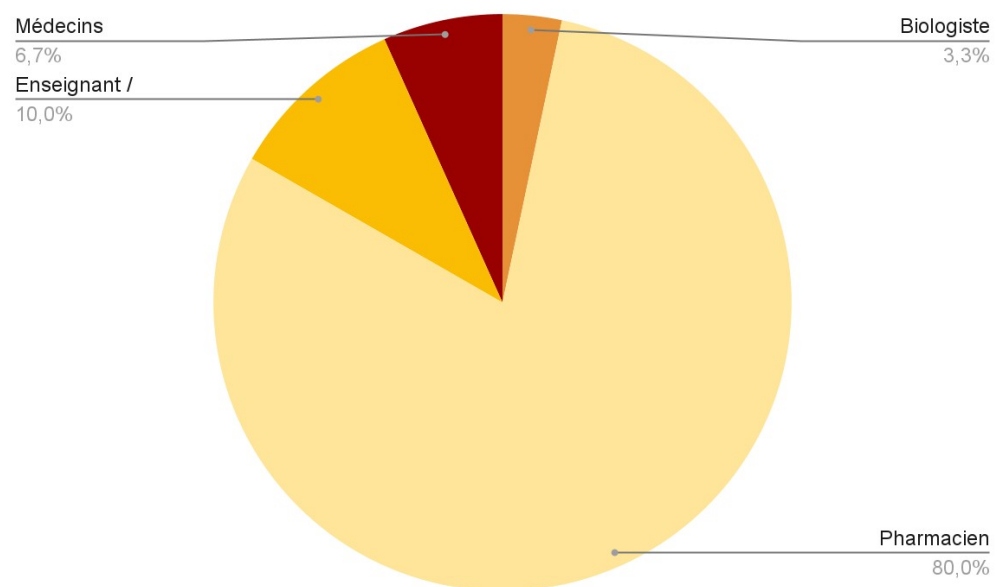
1. Les professionnels de santé en dehors de l'exercice coordonné

1.1 Données générales sur les entretiens

32 questionnaires ont été retournés par la population de professionnels de santé sélectionnée de manière aléatoire afin d'assurer des réponses les plus représentatives possibles. Les questionnaires ont été envoyés entre le 8 juin 2022 et le 9 juillet 2022.

1.2 Caractéristiques de l'échantillon

La figure 1 illustre les professions des professionnels de santé

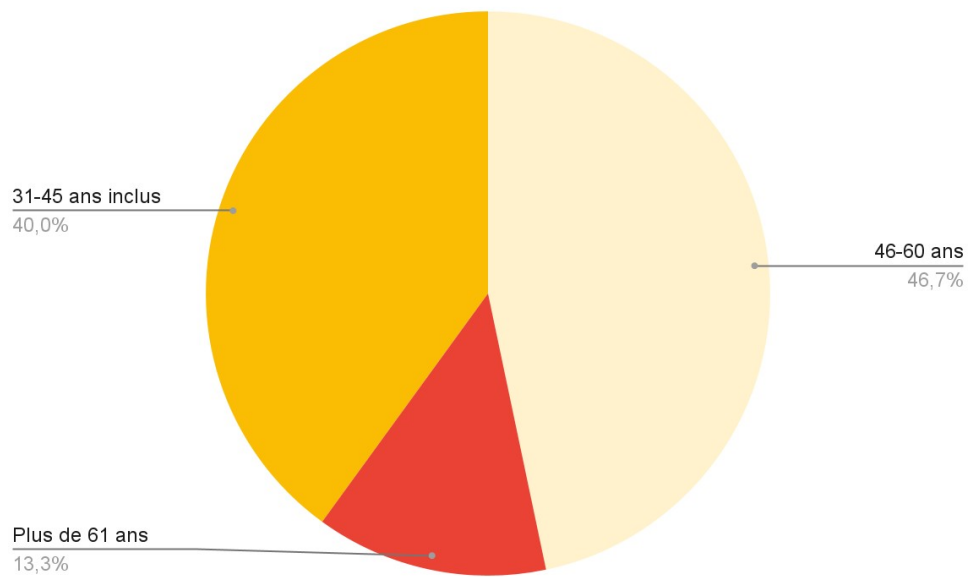


Le premier groupe parmi les trois populations prédominantes est celui des pharmaciens (80%).

Les 10% restants sont des enseignants consultants.

Enfin, les médecins généralistes (6,7%) constituent le troisième groupe le plus représenté dans cet échantillon.

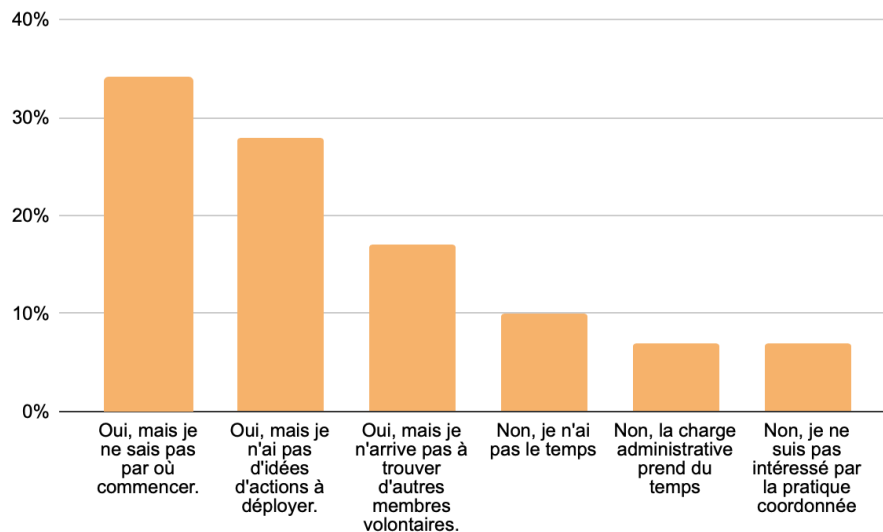
La figure 2 décrit l'âge des professionnels de santé



La majorité des professionnels de santé (46,7 %) étaient âgés de 46 à 60 ans, tandis qu'un autre groupe (40 %) était âgé de 31 à 45 ans. Le groupe sur lequel porte notre étude comprend à la fois des professionnels de santé récemment embauchés et d'autres qui travaillent dans le secteur depuis un certain temps.

1.3 Volonté et besoin de faire partie d'une structure de pratique coordonnée

La figure 3 traite de la volonté des professionnels de santé de faire partie d'une structure d'exercice coordonnée ou d'en créer une



Nous avons étudié la volonté des professionnels de santé de faire partie d'une structure de pratique coordonnée.

A la question : *Seriez-vous prêt à faire partie/créer une structure de pratique coordonnée ?*

34% des professionnels ont répondu : *Oui, mais je ne sais pas par où commencer.*

28% ont répondu : *Oui, mais je n'ai pas d'idées d'actions à déployer.*

17% ont répondu : *Oui, mais je n'arrive pas à trouver d'autres membres volontaires.*

10% ont répondu : *Non, je n'ai pas le temps.*

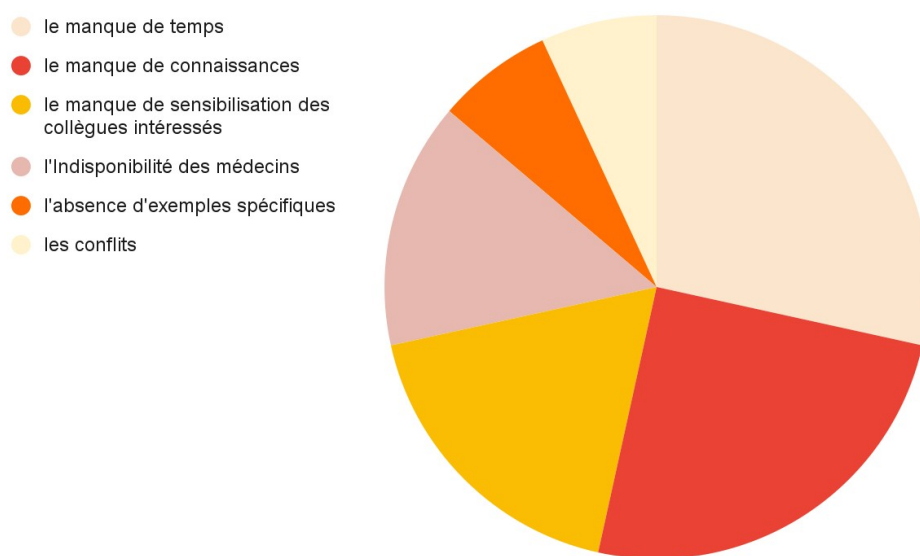
7% ont répondu : *Non, la charge administrative prend du temps.*

7 % ont répondu : *Non, je ne suis pas intéressé par la pratique coordonnée.*

Il est clair que les professionnels de santé de cet échantillon sont plutôt favorables à s'engager dans l'exercice coordonné (79% de oui).

Dans leurs commentaires, les professionnels de santé ont indiqué leur besoin d'être guidés pour se lancer, d'avoir des idées pour un projet de santé à mettre en place, et d'une aide pour localiser d'autres experts locaux souhaitant relever le défi.

La figure 4 montre les raisons de la réticence des PDS



Nous avons interrogé les PDS sur cette réticence.

Les PDS ont fait état de nombreux défis. 33 % des PDS ont déclaré qu'ils ne disposaient pas du temps nécessaire pour participer à un exercice coordonné. Plusieurs équipes ont souligné en commentaires qu'un professionnel de santé surchargé ne devrait pas participer à la pratique coordonnée car il n'aura pas de temps à consacrer et mettra en danger l'ensemble de l'équipe.

Avec 29 % des voix, le manque de connaissances est le deuxième obstacle le plus souvent cité.

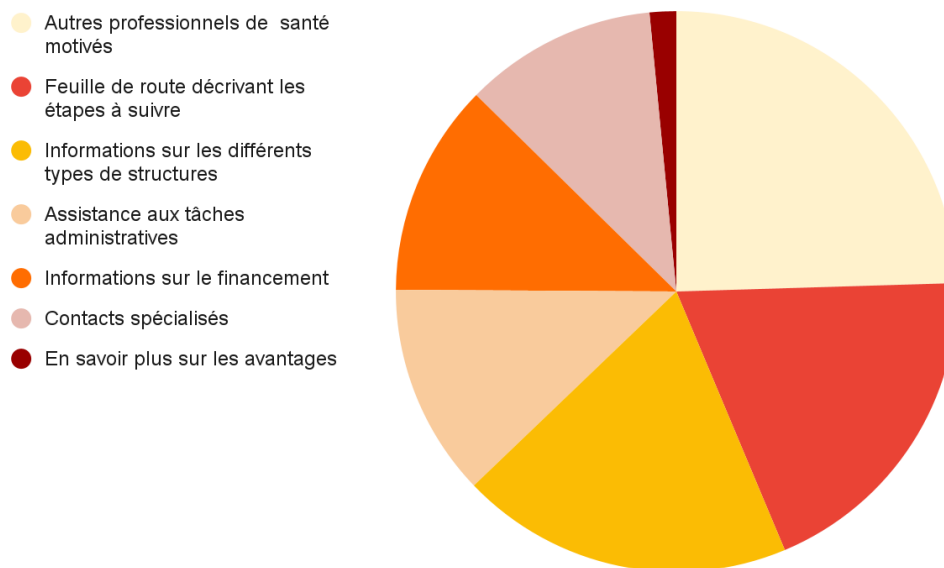
Le manque de sensibilisation des collègues intéressés a été cité par 21 % des répondants.

La disponibilité des médecins a été mise en avant comme un problème par 17 % des experts.

Pour 8%, l'absence d'exemples spécifiques de structures de pratique coordonnée ayant prouvé une véritable valeur ajoutée pour les soins aux patients constitue un obstacle.

Enfin, 8% des PDS ont mentionné la question des conflits. Conflits entre anciens et nouveaux pharmaciens, notamment si les anciens refusent de déplacer l'officine pour permettre l'exercice coordonné ou encore si la mairie s'oppose à l'initiative de création d'un centre de santé.

La figure 5 montre les besoins des professionnels de la santé pour s'engager dans l'exercice coordonné



Pour explorer plus en profondeur les besoins des professionnels de santé, nous leur avons demandé ce dont ils auraient besoin pour se lancer dans l'exercice coordonné.

Le besoin d'autres professionnels de santé motivés est perçu par 64 % des professionnels.

Afin de participer à l'exercice coordonné, la nécessité d'une feuille de route décrivant les étapes à suivre a été soulignée par 50 % des experts.

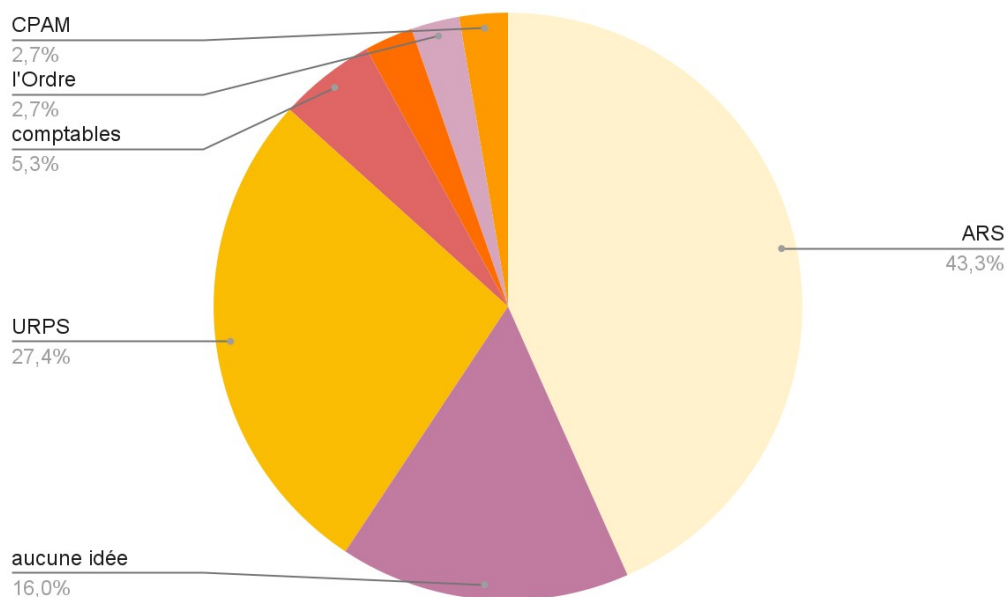
Parmi eux, 50% ont dit qu'ils aimeraient avoir des informations plus spécifiques sur les différents types de structure de pratique coordonnée.

Ensuite, 32% des PDS souhaitent une aide pour les tâches administratives et des informations sur le financement et 29% souhaitent avoir des contacts spécialisés (ARS, URPS, associations, conseillers, etc.).

Enfin, 4% des PDS ont exprimé le souhait de connaître les avantages de ce type d'organisation.

1.4 la connaissance des professionnels de santé ne pratiquant pas d'exercice coordonné

La figure 6 démontre la connaissance des PDS des organisations de soutien



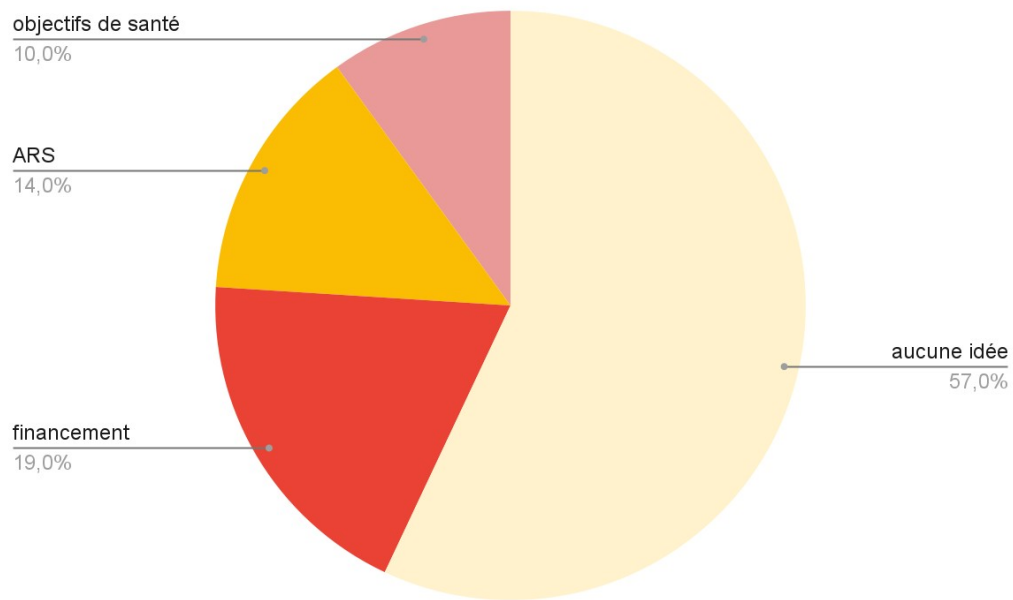
Afin d'estimer le niveau de connaissance des professionnels de santé sur les organismes de soutien et les sources de financement, nous leur avons demandé de citer ceux qu'ils connaissaient.

L'ARS (43,3%) et l'URPS (27,4%) sont les deux organismes de soutien les plus connus dans le domaine de l'exercice coordonné.

Cependant, 16% des professionnels ont déclaré ne pas connaître d'associations d'aide.

Viennent ensuite les entreprises privées (comptables, notaires) (5,3%), l'Ordre (2,7%) et la CPAM (2,7%).

La figure 7 démontre la connaissance des PDS des options de financement



La grande majorité des professionnels de santé connaissent peu les possibilités de financement disponibles en matière d'exercice coordonné (57 %). D'autres mettent en avant la rémunération basée sur les financements régionaux/locaux (19%), l'ARS (14%) ainsi que la rémunération basée sur des objectifs de santé publique (10%) .

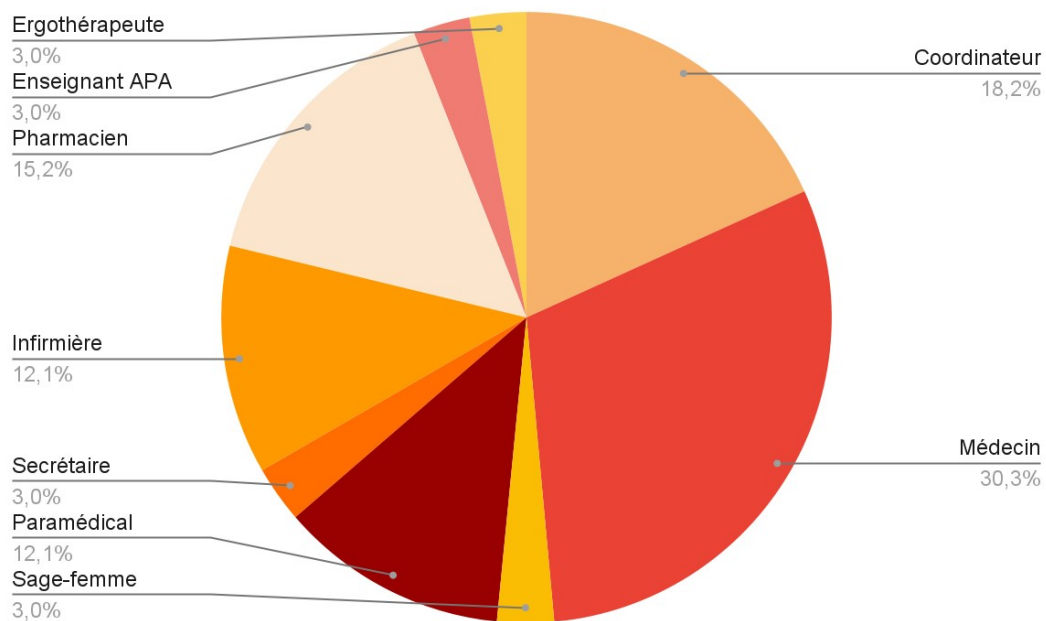
2. Les professionnels de santé en exercice coordonnée

2.1 Données générales sur les entretiens

36 questionnaires ont été retournés par une population diversifiée de professionnels. Les questionnaires ont été envoyés entre le 8 juin 2022 et le 9 juillet 2022.

2.2 Caractéristiques de l'échantillon

La figure 8 illustre les professions des professionnels de santé au sein des structures

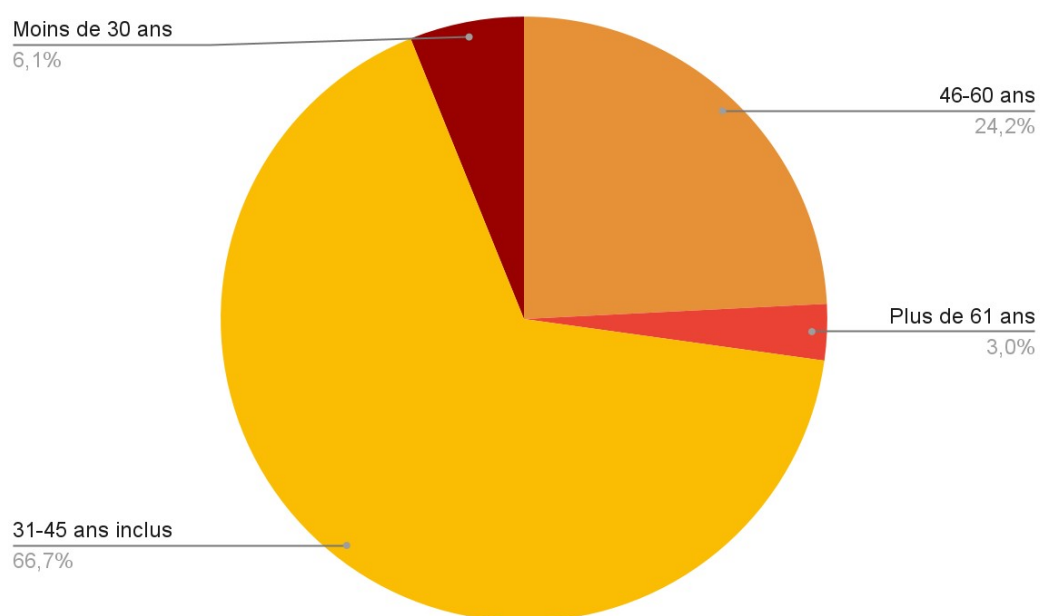


Le premier groupe parmi les trois populations prédominantes est celui des médecins (30,3 %).

Viennent ensuite les coordinateurs (18,2 %). Le troisième groupe le plus répandu dans cet échantillon est celui des pharmaciens (15,2%).

Bien que les infirmiers et les ergothérapeutes fassent partie des professions paramédicales. Il existe une distinction entre les catégories infirmière, ergothérapeute et professionnel paramédical car certains professionnels ne souhaitent pas préciser leur profession.

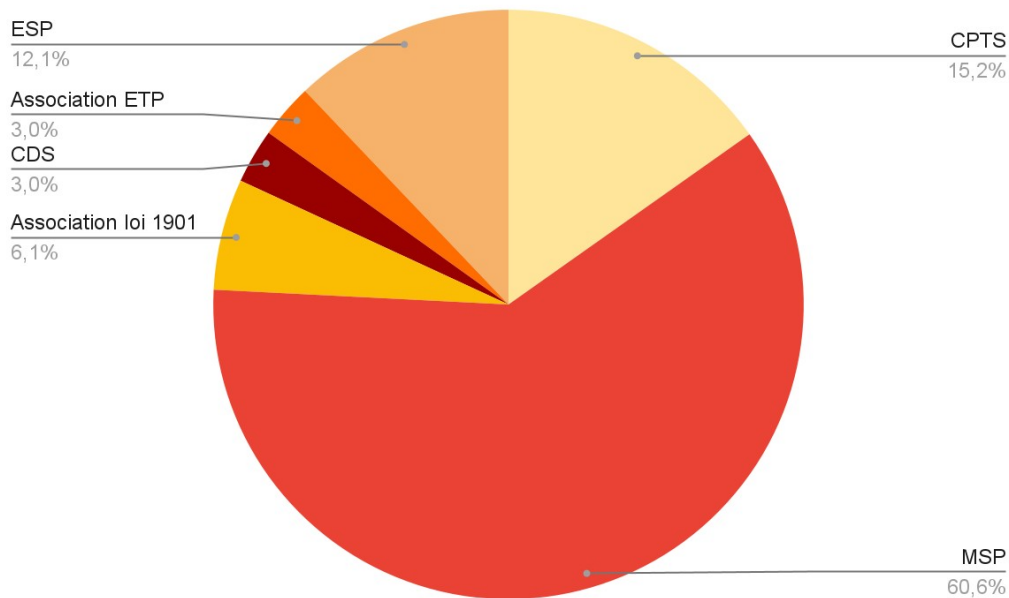
La figure 9 décrit l'âge des PDS



66,7 % de tous les professionnels de la santé étaient âgés de 31 à 45 ans. Le groupe sur lequel porte notre étude comprend à la fois des professionnels récemment embauchés et ceux qui exercent depuis un certain temps. En termes d'âge, la population des professionnels de santé participant à la pratique coordonnée est comparable à celle des professionnels ne participant pas à la pratique coordonnée.

2.3 Caractéristiques des structures d'exercice coordonné

La figure 10 décrit le type de structure dont les PDS font partie



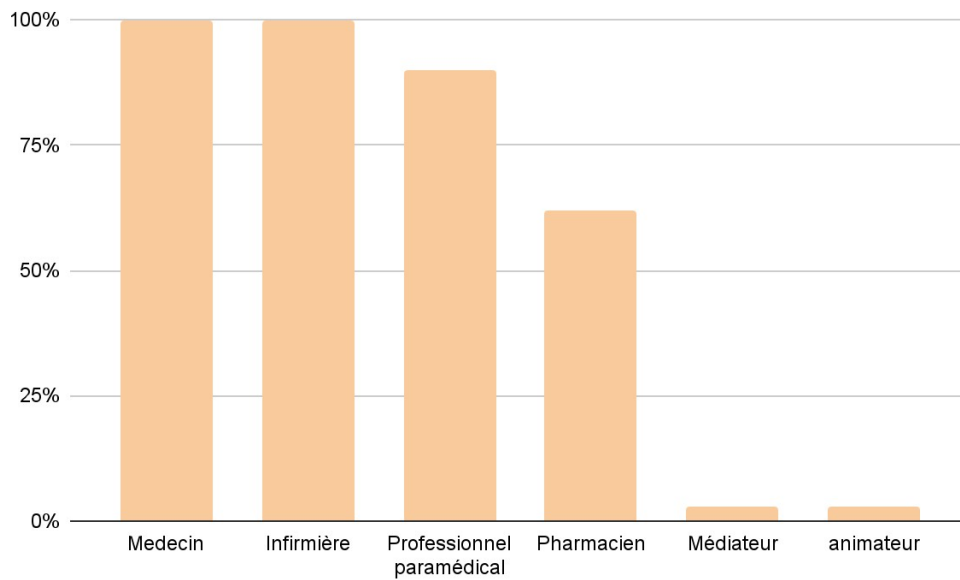
La majorité des professionnels de santé de notre échantillon (60,6%) travaillent dans des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) arrivent en deuxième position avec 15,2%.

Les équipes de soins primaires (ESP) arrivent en troisième position avec 12,1%.

Les associations loi 1901 constituent le premier niveau avant la mise en place d'une maison de santé pluriprofessionnelle, et représentent 6,1% de l'échantillon.

Viennent ensuite les associations d'éducation thérapeutique (ETP) et les centres de santé (CDS), tous deux à 3 %.

La figure 11 décrit la composition des équipes d'exercice coordonnées



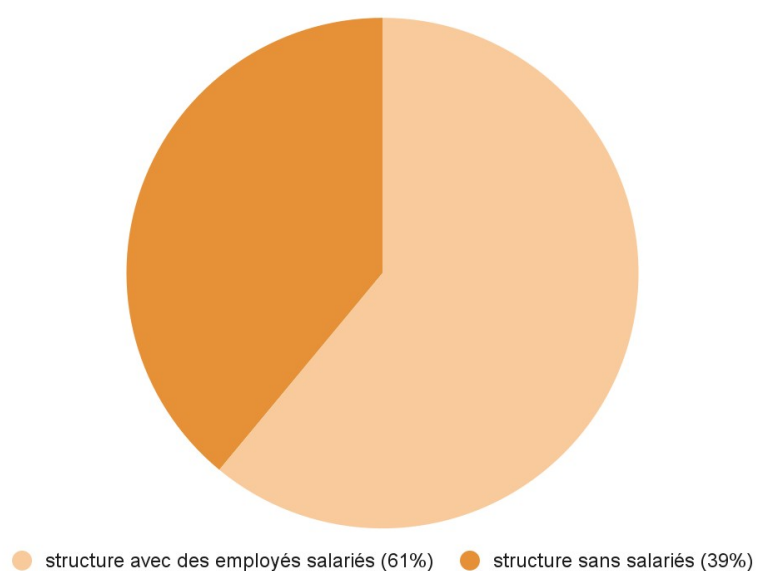
Nous avons examiné la composition des équipes dans chacun des établissements. Toutes les équipes sont composées d'au moins un médecin et un infirmier.

90% des équipes sont composées d'au moins un professionnel paramédical. Les professions suivantes ont été mentionnées : psychologue, diététicien, assistant social, opticien, ostéopathe, nutritionniste, éducateur/enseignant APA, ergothérapeute, psychomotricien, podologue, kinésithérapeute, orthophoniste, sophrologue.

Les pharmaciens sont présents dans 62,1% des équipes.

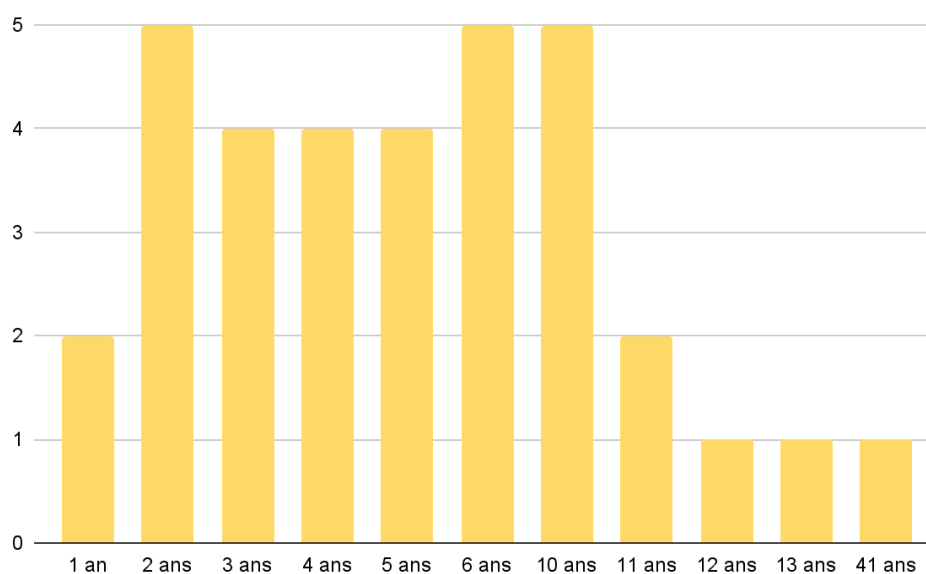
Enfin, nous avons pu attester de l'émergence de nouveaux statuts. En effet, dans 6% des équipes, des collaborateurs tels que des médiateurs ou des animateurs ont été mentionnés.

La figure 12 montre le pourcentage de salariés dans les structures



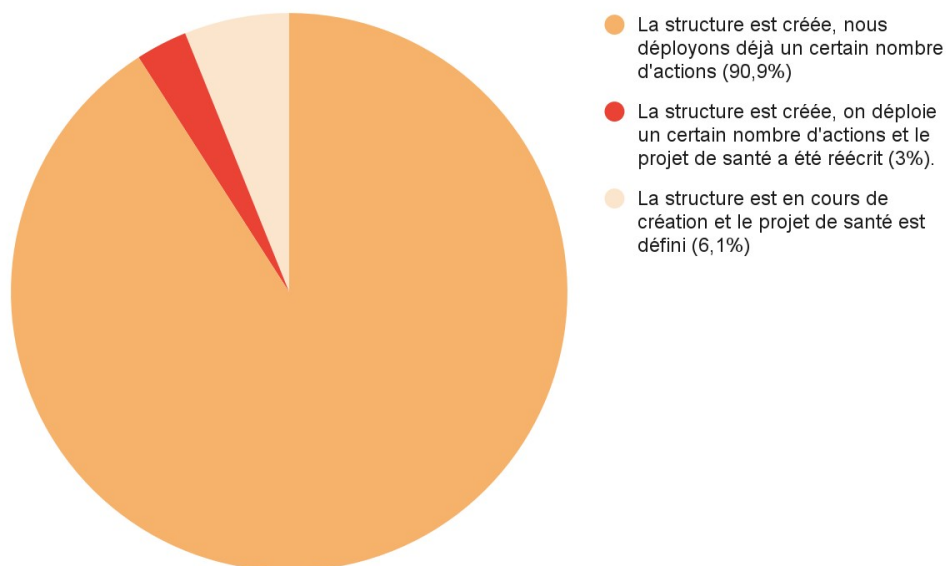
Nous nous sommes intéressés au pourcentage de salariés à l'intérieur des structures. Soixante et un pour cent des structures de notre échantillon comprennent des employés salariés.

La figure 13 montre l'ancienneté de la structure de la pratique coordonnée



En excluant la valeur de 41 ans, l'ancienneté de l'équipe d'exercice coordonnée dans l'échantillon avait un âge moyen de 5,5 ans. La réponse de 41 ans était incorrecte car le professionnel de santé a fourni l'âge du bâtiment plutôt que la création de l'équipe d'exercice coordonnée. On constate que certaines structures ont jusqu'à 13 ans.

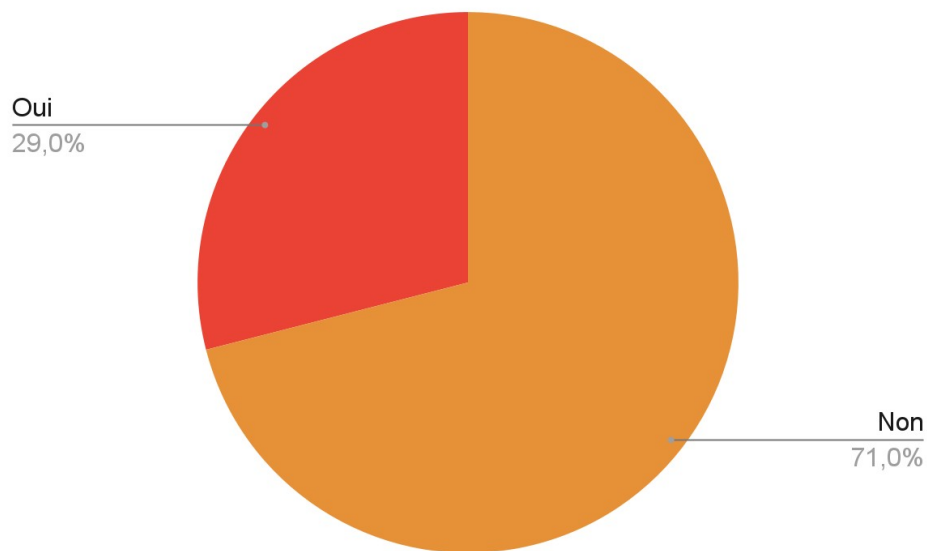
La figure 14 décrit ou en est la structure d'exercice coordonné



La grande majorité des structures de l'échantillon (90,9 %) ont été créées et mettent déjà en œuvre un certain nombre d'actions.

Dans 6,1 % des cas, la structure est en cours de création et le projet de santé est défini, et dans 3 % des cas, la structure est créée pendant qu'un certain nombre d'activités sont déployées, mais le projet de santé a été complètement réécrit.

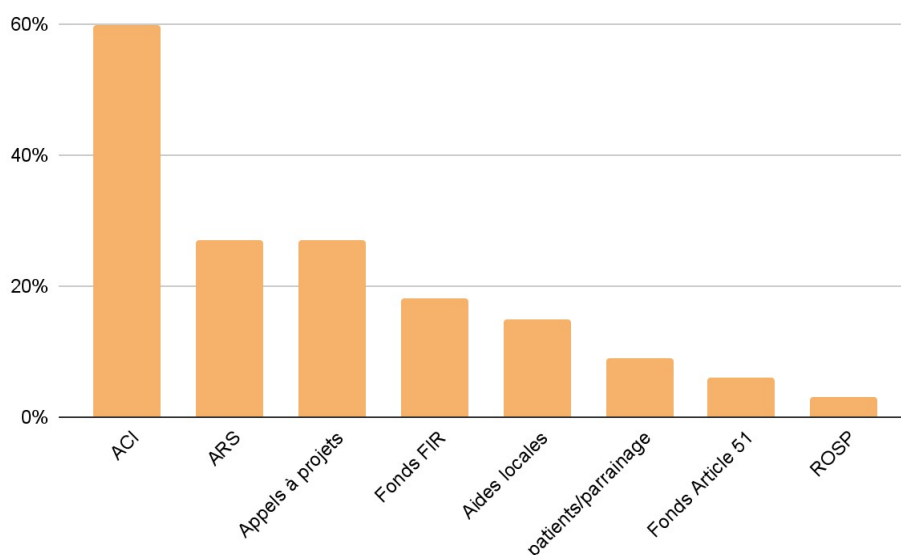
La figure 15 illustre le pourcentage de structures d'exercice coordonné ayant un projet immobilier



Les structures d'exercice coordonné peuvent être monosites (dans les murs) ou multi sites (hors les murs). Si la structure est monosite, on considère qu'elle a un projet immobilier. Seuls 29% des organismes de notre échantillon sont impliqués dans des projets immobiliers.

2.4 Financement des structures d'exercice coordonné

La figure 16 représente les types de financement reçus par les structures



Nous avons interrogé les professionnels de santé sur les financements dont ils ont bénéficié.

L'accord interprofessionnel, ou ACI, est la première source de financement, et 60 % des structures en ont bénéficié.

Viennent ensuite les programmes de financement de l'ARS et les appels à projets pour 27 % des structures.

18% des équipes en exercice coordonnée ont fait référence au financement FIR qui a également été versé par l'ARS.

Par ailleurs, 15 % des structures ont reçu des subventions de la part de la mairie, des services de l'administration locale, des villes ou des communautés de communes.

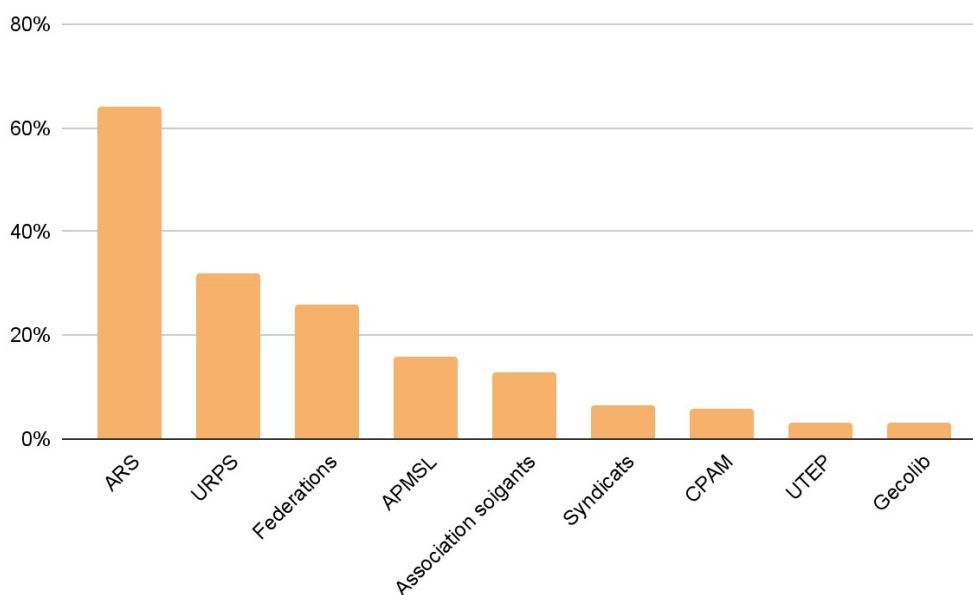
9 % des structures ont reçu des financements provenant des contributions des patients et du mécénat.

Puis, 6% des structures ont bénéficié des fonds de l'article 51, qui sont des financements extrêmement particuliers reçus selon six protocoles bien établis.

Enfin, 3% des structures ont bénéficié de la ROSP et du financement par l'adhésion payante des membres de la structure.

2.5 Les organismes de soutien pour les structures d'exercice coordonnée

La figure 17 représente les organisations de soutien ayant accompagné les PDS



Les organismes suivants ont soutenu les PDS de notre étude dans leur démarche de pratique coordonnée.

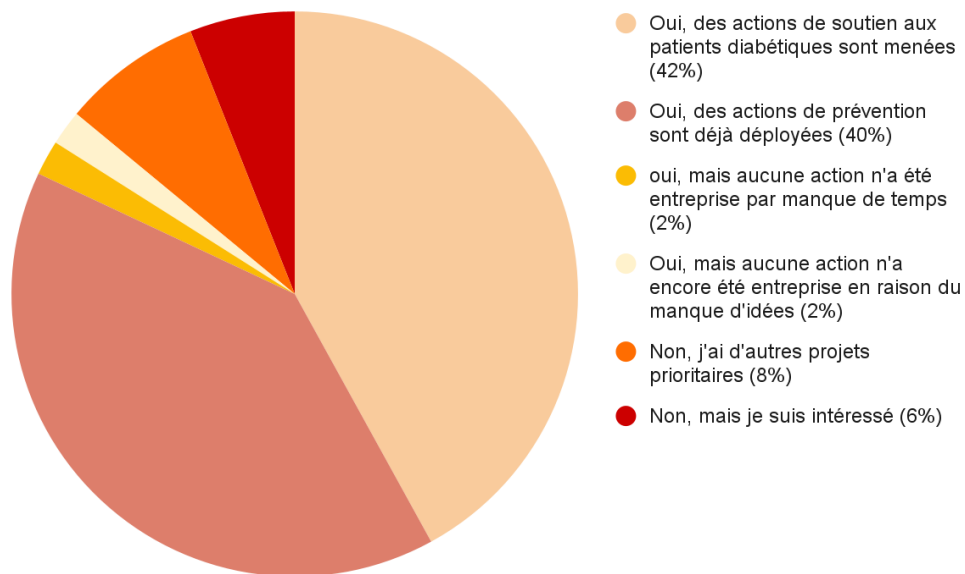
Les trois premiers organismes cités sont l'ARS (64%), l'URPS (32%) et les fédérations (26%) telles que FEMAS : Fédération Régionale des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France, FEMAS AURA : Fédération des Maisons de Santé en Auvergne Rhône Alpes, FCCIS : Fédération corse pour la coordination et l'innovation en santé.

D'autres organismes de soutien sont cités comme les entreprises privées à 16%,

les associations, notamment l'APMSL : Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire, ou encore les associations de soignants de la région à 13%, les syndicats à 6,4%, la CPAM à 6%, l'UTEP = Unité transversale d'éducation thérapeutique du patient et Gecolib : à 3%.

2.6. Exercice coordonné et importance du diabète

La figure 18 montre l'intérêt et le type d'actions diabète menée par les équipes de l'échantillon



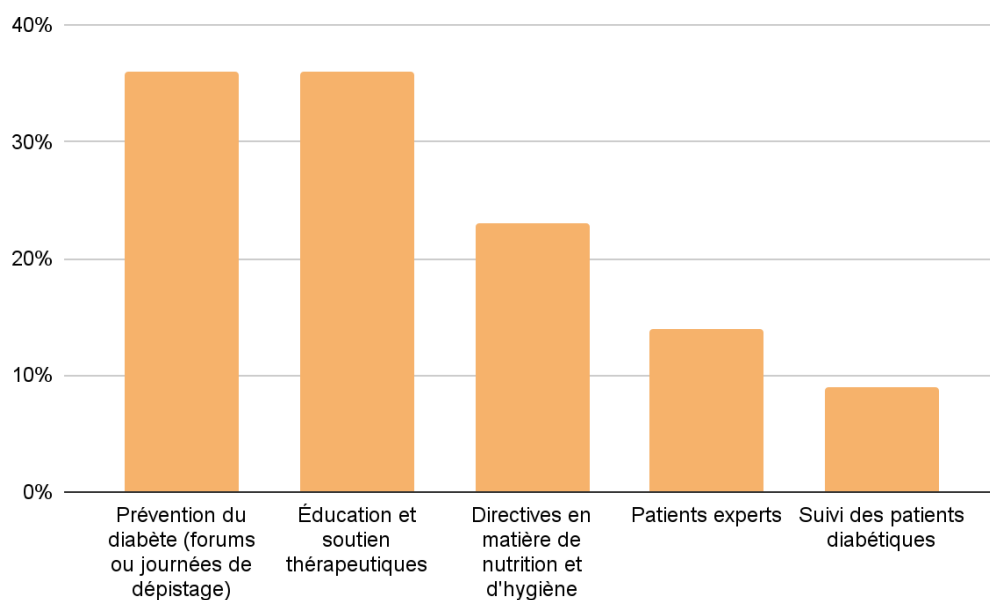
Le soutien aux patients diabétiques est actuellement assuré dans 42 % des structures de pratique coordonnée, et la prévention du diabète est également assurée dans 40 % des structures.

6% des structures sont intéressées par le lancement d'un projet sur le diabète mais n'en ont pas actuellement.

4 % des structures de pratique coordonnée sont désireuses d'agir mais ne l'ont pas encore fait par manque de temps ou d'idées.

Enfin, 8% des structures ont des actions relatives au diabète qu'ils considèrent comme moins prioritaires.

La figure 19 montre le type de projets diabète que les équipes souhaiteraient mettre en place



36% des structures d'exercice coordonnée souhaitent lancer un projet axé sur la prévention du diabète, par exemple par le biais de forums ou de journées de dépistage.

De plus, 36% des structures souhaitent mettre en place un projet sur le diabète centré sur l'éducation thérapeutique et le soutien.

23 % des répondants ont mentionné d'autres initiatives, telles que des directives en matière de nutrition et d'hygiène avec le recours à un coach sportif ou à une aide diététique.

14 % des structures ont cité des projets basés sur des patients experts, tandis que 9 % des structures étaient intéressées par des projets de suivi des patients diabétiques.

2.7 Défis rencontrés par les PDS dans la pratique coordonnée

Il était intéressant pour nous d'entendre quelles étaient les difficultés rencontrées par les PDS dans la pratique coordonnée.

Les PDS ont d'abord mentionné la communication. Ils ont du mal à transmettre des informations à l'équipe par manque de compétences en matière de communication.

Ensuite, ils ont évoqué un problème de gestion du temps et/ou de délégation des tâches. Les PDS disposent d'un temps tragiquement limité, et des défis individuels tels que le manque de motivation ou l'incapacité à maintenir la motivation, le manque d'investissement ou le manque de disponibilité des PDS ont été cités.

Les PDS ont reconnu l'existence d'un problème de financement, notamment la question du paiement du travail d'équipe et de consultation lorsqu'un membre est plus impliqué que les autres, ou la question du financement limité qui les conduit à avancer lentement.

Des inquiétudes ont été exprimées quant aux tâches administratives jugées chronophages et difficiles. La rédaction du projet de santé est ce qu'ils entendent par tâches administratives.




Le manque de temps des médecins et les difficultés pour les attirer et les retenir au sein de la structure ont été fréquemment évoqués.

La recherche de nouveaux projets s'est ensuite heurtée à un manque de clarté quant au projet de santé initial à mettre en œuvre.

Le logiciel qui n'est pas fonctionnel pour tous les PDS (professionnels médicaux, paramédicaux et non médicaux) de la structure est un dernier point technique, mais il est crucial de le considérer .

2.8 Outils utilisés par les PDS dans la pratique coordonnée

Les outils suivants sont utilisés par les professionnels de santé de l'échantillon dans le cadre de la pratique coordonnée.

<p><i>Chorus</i> est un logiciel qui permet de gérer l'agenda, d'assister et de sécuriser les prescriptions avec la base de données des médicaments Claude Bernard, et de gérer le tiers payant. (24)</p>	 The logo for Chorus Pro features a stylized graphic of overlapping squares in blue, purple, and green to the left of the word "Chorus" in a bold, blue, sans-serif font. Below "Chorus" is the word "Pro" in a smaller, italicized font.
<p><i>Mon logiciel médical (MLM)</i> est un logiciel en ligne qui combine la base de données de médicaments Claude Bernard avec un certain nombre de fonctionnalités, notamment la gestion des rendez-vous en ligne, la facturation simplifiée et sécurisée, des services spécialisés comme la téléconsultation, un système de messagerie sécurisée ou l'aide à la prescription. (25) Cependant, les commentaires des professionnels de la santé qui ont utilisé ce programme ne sont pas très favorables.</p>	 The logo for MLM consists of the letters "MLM" in a large, bold, sans-serif font. The "M" on the left is blue, and the "M" on the right is orange. Below the letters is the website address "monlogicielmedical.com" in a smaller, blue, sans-serif font.
<p>Il existe ensuite des solutions pour les patients comme <i>48H CHRONO</i>, qui permet d'orienter un patient vers un professionnel de santé à tout moment de la journée et dans les 48 heures. Il s'agit d'un substitut rapide et facile à la visite aux urgences.(26)</p>	 The logo for 48H CHRONO features the text "48H" in a large, grey, sans-serif font on the left. To its right is a circular graphic with a gradient from teal to orange, containing the word "CHRONO" in a bold, red, sans-serif font.
<p>Parmi les autres exemples de solutions pour les patients, citons le dossier médical partagé : DMP, un dossier médical numérique qui permet le stockage et la</p>	

<p>sécurisation des informations de santé.</p> <p>Concrètement, le DMP permet aux patients de compiler leurs informations médicales en un seul endroit et de les échanger avec les médecins de leur choix. (27)</p>	
<p>Des outils de communication entre les professionnels de santé sont utilisés ; <i>WhatsApp</i> est de loin le plus fréquemment cité (45 %). <i>Facebook</i> et d'autres réseaux sociaux sont également utilisés.</p>	
<p>De nombreux professionnels de santé de notre échantillon utilisent des méthodes de communication comme <i>Weda</i>, un programme informatique qui permet de rassembler tous les dossiers du patient, de planifier les rendez-vous, d'aider à la prescription, de rationaliser et de sécuriser la facturation et, surtout, de garantir une excellente coordination entre les prestataires de soins. Les prestataires de soins de santé apprécient beaucoup cet outil.(29)</p>	

<p><i>Globule</i> est une technologie qui permet la communication entre les soignants au sujet d'un patient en fournissant des fonctionnalités comme la fonction agenda. Les professionnels de santé peuvent sauvegarder et échanger des dossiers administratifs, sociaux ou médicaux avec d'autres soignants grâce à l'outil Documents. La fonction Constantes, qui permet une traçabilité en temps réel pour améliorer le suivi médical, est une autre option. Globule permet également la télésanté et les téléconsultations. (30)</p>	
<p>Une application appelée <i>Plexus Santé</i> offre aux professionnels de santé un outil de gestion de projet, une liste d'indicateurs ACI, une ventilation des fonds, un accès aux patients, une base de données nationale et d'autres fonctionnalités. (31)</p>	
<p><i>HelloAsso</i> est une plateforme de développement d'associations entièrement gratuite. Elle permet aux associations de se faire connaître afin que ceux qui veulent participer le fassent et que ceux qui veulent contribuer financièrement le fassent. Pour les professionnels de santé qui cherchent d'autres participants pour mettre en place une structure d'exercice coordonné, ces plateformes peuvent être utiles. (32)</p>	
<p><i>Asso connect</i> propose un logiciel de gestion d'association en ligne. Il intègre des composantes de gestion, de comptabilité financière, de recouvrement des recettes et de</p>	

<p>communication. (33)</p>	
<p><i>Doctolib Pro</i> est un site Internet où les professionnels de santé peuvent coordonner leurs activités. Les professionnels de santé peuvent discuter en groupe ou interagir avec d'autres professionnels de santé sur l'annuaire le plus complet disponible en utilisant un service de messagerie instantanée gratuit qui offre le plus haut niveau de sécurité pour les informations de santé sensibles. Ils peuvent également orienter les patients vers un autre professionnel de santé en un seul clic. Les patients connaissent maintenant très bien Doctolib, qui leur permet de prendre instantanément des rendez-vous en ligne dans les créneaux horaires disponibles chez le médecin. (34)</p>	
<p><i>Inzee care</i> est une solution en ligne permettant de communiquer avec les professionnels de santé par le biais de la messagerie sécurisée, de coordonner les soins non programmés grâce à la fonction agenda et de trouver d'autres professionnels de santé dans la base de données de recherche. (35)</p>	

Bien que les solutions numériques représentent une véritable révolution et permettent d'améliorer des processus spécifiques, les PDS maintiennent que l'interaction humaine reste cruciale.

D'après eux, les rencontres physiques doivent être privilégiées et le lien social peut être maintenu grâce à des brochures d'information, des affiches, des écrans dynamiques dans les espaces publics et des panneaux d'affichage Veleda.

En outre, ils ont souligné l'intérêt de nouer des liens avec des collègues autour d'un café, lors de journées à thème ou en partageant un bureau.

2.9 Idées et conseils des professionnels de santé dans le cadre de la pratique coordonnée

Nous avons interrogé les PDS sur les conseils qu'ils auraient souhaité recevoir avant de commencer la pratique coordonnée.

La première clé qu'ils évoquent est d'établir une équipe cohésive pour la pratique coordonnée. Les professionnels de santé estiment que c'est une grave erreur de rassembler un groupe d'individus non motivés sans prendre d'abord le temps d'enquêter et de faire face aux motivations de chacun (tant pour eux-mêmes que pour les autres). Certains ont même affirmé que cela était voué à l'échec.

En revanche, une communication efficace et une définition claire des positions de chacun permettent une meilleure répartition des tâches, une bonne identification des personnes à contacter en cas de questions, et une base solide pour la pratique coordonnée.

Ensuite, le choix d'un coordinateur est cité comme une étape cruciale. La nomination d'un coordinateur a, selon certaines équipes, amélioré de façon significative le travail de l'équipe de pratique coordonnée. En effet, le coordinateur permet d'assurer le bon déroulement des activités de l'organisation, notamment en termes de gestion administrative et de communication efficace entre les membres et avec les autorités.

Comme dit précédemment, le maintien d'une bonne ambiance de travail par le biais de sorties et d'événements qui permettent une communication informelle est crucial pour le bon fonctionnement de l'équipe.

Ensuite, la prise de contact avec les organismes d'aide a permis aux nouveaux venus d'appréhender la pratique coordonnée et d'éviter de rester trop longtemps bloqués sur des aspects particuliers. Ensuite, l'intérêt du patient doit primer. En effet, selon les répondants au-delà de ces multiples avantages et contributions individuelles, la pratique coordonnée vise avant tout à améliorer la prise en charge du patient. Il faut s'en souvenir pour rester motivé et fournir un service de qualité d'après les PDS.

Enfin, travailler sur le projet de santé en groupe est une bonne approche pour apprendre à se connaître, déterminer si l'on peut ou veut collaborer avec les autres membres de la structure, et commencer à aménager du temps pour le travail en exercice coordonné.

D'après les PDS de l'échantillon, rédiger ensemble le projet de santé démontre la motivation de chacun et crée d'emblée une dynamique positive en plus de tester le fonctionnement et la cohésion de tous.

Nous avons demandé aux PDS ce qu'ils ont mis en place qui fonctionne bien dans leur pratique coordonnée.

D'après eux, les réunions physiques sont essentielles, comme cela a été indiqué précédemment. Quel que soit le type de réunion (mises à jour hebdomadaires, réunions du comité directeur, assemblées générales, séminaires, conseils...), le plus important est de planifier soigneusement à l'avance les réunions afin d'éviter les réunions inutiles qui font perdre du temps.

Parce que tout le monde y participe, les réunions centrées sur des cas complexes favorisent la camaraderie et stimulent les participants.

Lorsque cela est possible, disposer d'un espace de bien-être est également très apprécié par les PDS. Ensuite, pour améliorer la communication, un logiciel partagé avec une messagerie sécurisée pour tous les professionnels de santé permet un bon fonctionnement de la structure.

Les répondants ont également cité l'aspect bénéfique d'intégrer des équipements connectés, comme des appareils médicaux. Enfin, la description de poste est un élément crucial pour surmonter les difficultés liées au partage du travail et définir correctement les rôles de chacun.

2.10 La contribution de l'exercice coordonné

4% des PDS qui ne participent pas à l'exercice coordonné ont déclaré qu'ils aimeraient en savoir plus sur ses avantages avant de se lancer. Nous avons donc décidé qu'il serait bénéfique d'obtenir les opinions honnêtes des PDS engagés dans la pratique coordonnée.

Le sentiment de soutien, la proximité, la solution et le partage d'expertise sont perçus comme de véritables avantages de la pratique coordonnée de la part des PDS de notre échantillon.

Ensuite, les professionnels de santé soulignent une amélioration notable de l'exhaustivité et de la rapidité de la prise en charge des patients.

Enfin, les professionnels de santé considèrent la possibilité d'étudier et d'apprendre du travail des autres comme un moyen d'enrichir leur propre vie.

Discussion

Regards croisés

Les professionnels de santé en dehors de l'exercice coordonné

Les professionnels qui ne sont pas actuellement engagés dans l'exercice coordonné sont généralement favorables à se lancer (79% favorable dans l'étude), mais les statistiques officielles montrent que malgré leur volonté, les professionnels de santé hésitent à s'engager dans cette voie. Il était intéressant d'examiner de plus près les origines et les raisons de leur résistance afin de mieux les accompagner et les soutenir dans ce processus.

Tout d'abord, le manque d'informations précises sur la pratique coordonnée, et en particulier sur les nombreuses structures existantes, a été constaté. Bien que cela puisse paraître compliqué, vu le nombre de structures et d'acronymes, il n'existe que 5 grands types de structures. Une petite fiche explicative permettra de clarifier ce point pour les PDS.

Deuxièmement, la nécessité d'une feuille de route décrivant les étapes à suivre a été soulignée par 50 % des experts. Cet outil fera partie de l'offre de Roche et regroupera toutes les informations essentielles et les éléments de soutien.

Ensuite, la difficulté de trouver d'autres professionnels de santé motivés a été évoquée. Il serait donc utile d'inclure dans la feuille de route des conseils sur la manière de trouver des professionnels intéressés pour former une équipe.

Ensuite, des informations sur le financement et les contacts spécialisés sont également demandées, ce qui est compréhensible étant donné le manque de connaissances critiques constaté à la fois dans cette étude et dans la littérature.

Il est logique que la feuille de route se concentre sur le financement et fournisse les rôles et les contacts des principales organisations de soutien. D'autant plus que les PDS en pratique coordonnée soulignent le rôle indispensable des associations telles que la FEMAS, véritables piliers en pratique coordonnée.

Enfin, ils évoquent la difficulté de trouver et de mettre en œuvre un projet de santé, base de leur pratique coordonnée.

L'élaboration d'un projet de santé demande un effort considérable et c'est là que des entreprises pharmaceutiques comme Roche Diabetes peuvent intervenir pour les soutenir.

Les professionnels de santé en exercice coordonné

Le retour d'expérience des professionnels de santé en exercice coordonné est essentiel.

En effet, 90% des structures de l'étude sont déjà en place et mettent en œuvre un certain nombre d'actions. Par conséquent, les experts sont déjà conscients des défis auxquels ils sont confrontés et ont réussi à en surmonter un grand nombre. Leur retour pour la feuille de route est important et précieux.

De même, les 10 % d'établissements restants sont au stade de la définition, voire de la réécriture de leur projet de santé. En effet, la rédaction de celui-ci a été citée comme une des plus grandes difficultés par les PDS qu'ils soient en exercice coordonnée ou non. C'est pourquoi l'éclairage apporté par ce type d'équipe sur les difficultés qu'ils rencontrent dans la rédaction est intéressant.

Ensuite, la grande majorité des professionnels de santé de notre échantillon (60,6 %) travaillent dans des maisons de santé pluriprofessionnelles. Cela correspond aux données de vie réelle.

En effet, la MSP est la forme d'exercice coordonné la plus populaire au sein des PDS, grâce à la simplicité de regroupement qu'elle permet (36).

Compte tenu des nombreux types de structures d'exercice coordonné existantes, nous choisirons de construire la feuille de route d'une MSP. Cela nous permettra de nous concentrer sur les

caractéristiques uniques de ce type d'organisation et de proposer la feuille de route la plus complète et la plus largement applicable possible.

Grâce aux retours des PDS de notre étude, nous savons qu'il sera intéressant d'ajouter certaines parties à la feuille de route afin qu'elle profite au plus grand nombre.

Sachant que 30% des professionnels de l'échantillon ont un projet immobilier, une partie sur les prérequis pour lancer un projet immobilier et les principales étapes à franchir sera ajoutée.

Ensuite, 61% des structures ont des salariés. La feuille de route nous montrera comment ces salariés sont rémunérés grâce aux financements dont bénéficie la structure.

Ensuite, nous avons constaté que les outils de communication tels que Whatsapp et facebook sont largement utilisés par les professionnels pour communiquer, notamment au sujet des patients.

Ces formes de communication sont à éviter, surtout lorsqu'il s'agit de discuter d'informations sensibles telles que des données de santé. Offrir aux PDS des options supplémentaires et plus sûres sera crucial dans la feuille de route.

Enfin, nous incluons dans la feuille de route les financements dont ont bénéficié les PDS de notre étude, ainsi que les organismes qui les ont soutenus, car nous avons constaté le manque d'informations et plus particulièrement la demande des PDS de disposer d'informations sur les financements et les contacts sur lesquels s'appuyer.

Dans le cadre de la stratégie Roche Diabète, nous avons entrepris d'étudier l'intérêt pour le diabète dans les structures de pratique coordonnée.

L'accompagnement des patients diabétiques est actuellement assuré dans 42% des structures de pratique coordonnée, et la prévention du diabète est également assurée dans 40% des structures.

Nous constatons qu'il existe un réel intérêt pour le diabète.

Le fait que Roche diabetes care propose déjà un certain nombre d'options pour la prévention ou l'accompagnement des patients diabétiques justifie d'explorer ce potentiel de marché.

Ensuite, nous avons regardé quels étaient les projets diabète qui intéressaient le plus les PDS et ceux qu'ils souhaiteraient déployer dans un futur proche, afin de créer une feuille de route autour de l'un de ces projets pour maximiser le nombre atteint de structures de pratique coordonnée futures ou existantes.

36% des structures de pratique coordonnée souhaiteraient lancer un projet axé sur la prévention du diabète, et 36% des structures souhaiteraient mettre en place un projet diabète axé sur l'éducation thérapeutique et l'accompagnement.

Au vu de ces résultats, il serait intéressant d'axer la feuille de route sur un projet de soutien ou de prévention.

Nous avons conclu qu'un projet axé sur la prévention offrirait à Roche le meilleur retour sur investissement. C'est pourquoi nous avons choisi d'illustrer la feuille de route en nous mettant à la place de PDS qui ont choisi un projet de santé axé sur la prévention du diabète.

Bien évidemment, tous les conseils fournis dans les réponses au questionnaire par les PDS en pratique coordonnée seront intégrés dans la feuille de route.

Feuille de route illustrée

Étape 1 : créer une équipe

La base du projet est la formation d'une équipe pour la MSP.

Dans un premier temps, il est essentiel d'identifier les spécialistes de santé locaux. Pour ce faire, il existe un certain nombre d'applications basées sur des annuaires qui répertorient tous les professionnels de santé de la région, comme Doctolib Pro, qui dispose de l'annuaire le plus exhaustif.(37)

Le plus simple est de rendre visite au professionnel de santé sur son lieu de travail.

Pour déterminer quel PDS se trouve à proximité, les professionnels de santé peuvent utiliser leur réseau personnel ou examiner les prescripteurs figurant sur les ordonnances reçues par les pharmacies ou les cabinets d'infirmiers.

Après avoir identifié les professionnels de santé de la région, il est nécessaire de mobiliser les professionnels de santé intéressés. Pour cela, il est essentiel de bien communiquer sur le projet afin d'informer et de mobiliser les personnes intéressées.(38) Là encore, il existe des technologies comme HelloAsso qui permettent aux associations d'attirer l'attention des participants potentiels.
(39)

Créer une équipe pour mettre en place une MSP, c'est bien, mais créer une équipe soudée et motivée, c'est mieux. C'est une grave erreur, selon les professionnels de santé, que de créer un groupe de personnes non motivées sans avoir au préalable étudié et traité les motivations de chacun (pour eux-mêmes et pour les autres). Certains ont même affirmé que cette attitude était vouée à l'échec.

Il est donc essentiel de comprendre les particularités et les limites de chaque profession susceptible d'être impliquée dans la future MSP, de reconnaître leurs angoisses et de prendre en compte ses propres motivations et celles des autres. En effet, les professionnels de santé ont tous des raisons diverses d'entreprendre un projet de MSP. Certains médecins créent un exercice coordonné afin de trouver plus facilement un successeur lorsqu'ils prendront leur retraite, tandis que les PDS intéressés par l'investissement immobilier peuvent trouver avantageux le projet architectural de la MSP.

D'autres reconnaissent l'intérêt du patient pour une meilleure gestion et une meilleure continuité des soins. Certains sont motivés par le concept de la pratique multi professionnelle dans leur besoin de camaraderie, d'une meilleure organisation ou d'assistance. (38)

Il est également nécessaire de discuter du temps que chaque professionnel est prêt à consacrer à la MSP, des créneaux horaires dans lesquels il est disponible, des informations dont il a besoin pour mieux accompagner les patients / pour être efficace dans son travail, du moyen par lequel il souhaite recevoir les informations et du type d'informations (par exemple, email, SMS, etc.), des moyens de communication qu'il souhaite utiliser et de la fréquence à laquelle il souhaite recevoir les informations. Il est préférable de prendre en compte ces préoccupations dès le départ, car il peut être plus difficile de les résoudre après que la MSP ait fonctionné pendant un certain temps.

En conclusion, chacun a ses propres motivations, inquiétudes, besoins et questions, et il peut être intéressant de réfléchir à ces aspects en utilisant des outils comme un Canva. Cela démontre à tous les membres qu'ils sont écoutés, leur permet de s'exprimer plus facilement par la suite s'ils en ressentent le besoin et, surtout, leur permet de débloquer des zones dès le début afin de rendre la progression plus fluide. Cette stratégie est fréquemment employée dans les réunions de lancement de projet.(40)

Ensuite, une communication efficace et une explication claire du rôle de chacun permettent une répartition plus efficace des tâches, une bonne identification des personnes à contacter en cas de problème et une base solide pour la pratique coordonnée. A ce stade de la définition des rôles, nous recommandons de désigner un coordinateur pour assurer le bon fonctionnement de la structure. Comme nous l'avons montré, les structures de pratique coordonnée qui disposent déjà d'un coordinateur défendent le rôle crucial de ce dernier, tandis que les structures qui n'en avaient pas mais qui en ont mis un en place ont connu une amélioration significative de leur pratique.

Ensuite, nous avons vu que dans certaines structures existantes, le logiciel MSP est incompatible avec certaines professions. Il est essentiel de garantir dès le départ la compatibilité du logiciel avec tous les membres de l'équipe, afin que personne ne soit en difficulté ou mis à l'écart.

Enfin, obtenir l'adhésion de tous les membres en leur faisant signer une charte décrivant l'objectif de la MSP, son fonctionnement, le rôle de chacun, les règles de bon fonctionnement, la gestion des congés, des arrêts, des changements de praticien, etc. permettra de démontrer l'engagement des membres, et cette charte pourra être invoquée chaque fois que nécessaire.(41)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

L'identification des PDS de la région est l'étape initiale de la constitution de l'équipe, sachant que pour un projet de prévention du diabète, il faut au minimum un pharmacien, un médecin généraliste et un infirmier.

Parfois, le réseau personnel permet d'identifier facilement les professionnels de santé avec lesquels on souhaite collaborer.

Si le réseau personnel est insuffisant, un pharmacien, par exemple, doit porter une attention particulière aux prescriptions de médicaments pour les patients diabétiques du médecin

généraliste. Certains médecins généralistes voient un nombre important de patients diabétiques et les voient souvent. Ensuite, le pharmacien doit se renseigner pour savoir si ces patients sont accompagnés par une infirmière et recueillir les coordonnées de cette dernière.

Enfin, il suffit de les contacter afin de leur proposer la stratégie MSP basée sur un projet de santé diabète.

Une autre solution consiste à utiliser un annuaire, tel que Doctolib pro, pour identifier un médecin généraliste et un infirmier. Cependant, il ne faut pas oublier que le but n'est pas de trouver des PDS pour la pratique coordonnée, mais plutôt d'avoir des PDS que l'on connaît et avec lesquels on souhaite collaborer pour développer ce travail dans le cadre d'une MSP.

Maintenant que l'équipe est composée d'au moins un pharmacien, un infirmier et un médecin généraliste, pour assurer le bon fonctionnement de la future MSP et en poser les bases, une réunion de lancement est tenu pour réfléchir à l'aspect motivationnel (confrontation de ses motivations et de celles des autres), à l'aspect organisationnel (temps accordé à la MSP, créneaux horaires disponibles, informations nécessaires de la part de chaque PDS, moyens de communication, type d'information, fréquence de réception de l'information. ...), l'aspect structurel (rôle de chacun), et l'aspect fonctionnel (règles de bon fonctionnement, congés, arrêt...).

Il est indispensable de rédiger des protocoles opérationnels et une charte à laquelle on pourra se référer en cas de besoin.

Étape 2 : Réaliser un diagnostic du territoire

Pour pouvoir justifier l'importance de la MSP auprès des autorités et mettre en place des actions sanitaires congruentes avec les besoins, un diagnostic du territoire doit être réalisé.

Dans un premier temps, un diagnostic de la population et des pathologies existantes sur le territoire est réalisé afin de déterminer les besoins, de fournir un état des lieux et de mettre en évidence les problématiques les plus urgentes.

Pour ce faire, il est d'abord nécessaire de désigner le territoire qui fera l'objet de l'analyse et auquel la MSP est destinée. Les choix initiaux de délimitation ne sont pas définitifs ; ils sont susceptibles d'être modifiés en fonction de l'observation du milieu.

Les données relatives à la démographie de la population, à la couverture d'assurance maladie, à l'état de santé de la population et à la gamme de services médicaux disponibles sur le territoire doivent être prises en compte dans l'analyse (par exemple, le nombre de pharmacies et de médecins).

Elle permettra de recueillir des données qualitatives et quantitatives qui pourront ensuite être intégrées dans la rédaction du projet de santé. (38)

Il existe plusieurs outils permettant de localiser ces données :

- Les professionnels de santé peuvent accéder aux statistiques socio-économiques ou démographiques sur le site de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques?debut=0&categorie=3>.
- La page web de l'assurance maladie fournit des informations sur les services de soins de santé disponibles sur le territoire : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
- Le site de l'ARS du territoire permet d'accéder à des informations sur la santé de la population.

- Rezone est un site internet complet qui fournit des informations sur la population, la situation socio-économique, l'offre de soins et les structures d'exercice coordonné existantes sur le territoire : <http://rezone.ameli.fr/rezone/>.
- Cartosanté permet, entre autres, de réaliser un diagnostic de la région. Les informations proviennent de la base de données de l'INSEE.(42)
- Le site de la fédération nationale des CPTS est une autre ressource pour connaître les CPTS régionales afin de s'associer à l'une d'entre elles ou peut-être d'en intégrer une : <https://www.fcpts.org/cartographies/cartographie-departementale-des-cpts/>.
- Wikipédia, ressource bien connue, permet d'accéder à des informations géographiques et environnementales : https://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal.

Il est intéressant de garder à l'esprit que des prestataires externes peuvent faire ce travail pour les PDS.

*Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:
Pour le diagnostic du territoire, il faudra d'abord délimiter le territoire sur lequel portera le diagnostic, nous prendrons par exemple la région Auvergne Rhône Alpes et plus précisément la commune de Grenoble. (43)*

La figure 20 représente les limites du territoire sur une carte



Données générales sur la population :

En 2022, la commune de Grenoble compte 157 650 habitants. Depuis les années 90, la population est passée de 150 758 à 157 650 habitants en 2019, sauf pour l'année 2013 où l'on comptait 160 215 grenoblois.

Elle comprend également 4 zones prioritaires qui peuvent obtenir des aides spécifiques.

- Mistral Lys Rouge Camine (en zone ZAC)*
- Villeneuve-Village Olympique (en zone ZAC)*
- Teisseire Abbaye Jouhaux Châtelet (en ZAC)*
- Alma-Très Cloîtres-Chenoise (en zone ZAC)*

Concernant les données démographiques, la population de moins de 16 ans représente 15,5% de la population totale.

La population âgée de 16 à 59 ans représente 58,2% de la population totale.

La population âgée de 60 à 69 ans représente 10,6% de la population totale.

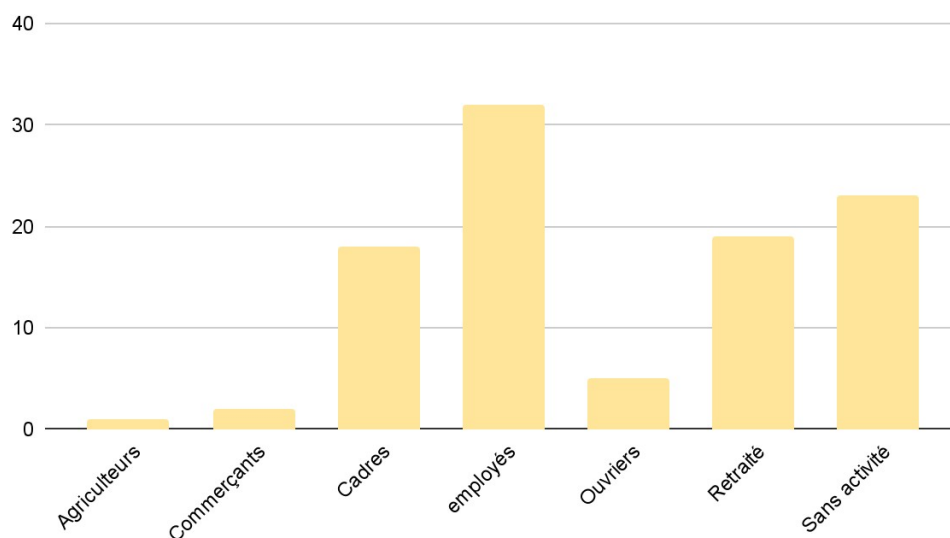
La population âgée de plus de 70 ans représente 15,6 % de la population totale.

Ces chiffres sont restés plus ou moins les mêmes au cours des 10 dernières années.

Sachant que le diabète de type 2 se manifeste vers 40 ans et qu'il est effectivement diagnostiqué vers 65 ans, sur la commune de Grenoble, avec une grande majorité de la population entre 16 et 59 ans (avec 20% de la population à 40 ans), la population peut constituer une cible intéressante pour la prévention du diabète. (43) (44)

Concernant les catégories socioprofessionnelles des habitants de Grenoble :

La figure 21 montre les différentes catégories socioprofessionnelles de la population.

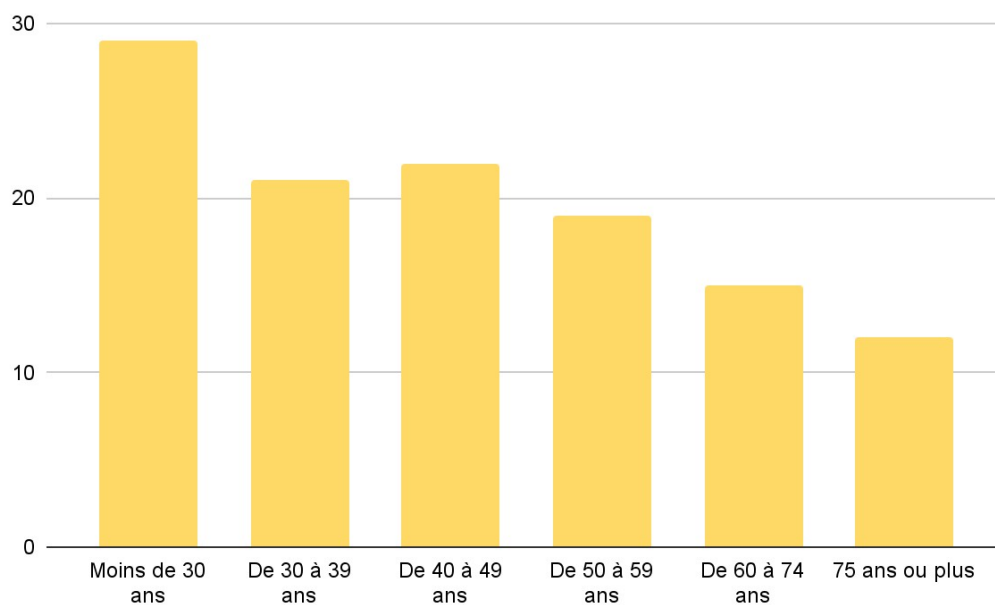


Les personnes sans emploi représentent un grand pourcentage de la population, suivies des retraités et des cadres. Avoir un taux élevé de personnes sans emploi peut être un signe de précarité.

Les personnes en situation de précarité font partie du groupe cible des actions de prévention auprès du grand public.

Le taux de chômage à Grenoble est de 10,5%, ce qui est supérieur au taux de chômage moyen en France (7,4%). (43)

La figure 22 montre le taux de pauvreté, c'est-à-dire le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de pauvreté en 2019.



Concernant les données socio-économiques, le pourcentage de patients dispensés de l'avance des frais de santé est de 31,5% et 12,4% de la population du territoire est couverte par l'assurance maladie complémentaire. Le pourcentage de ménages exonérés d'impôts est de 41%.

Le rapport entre les personnes issues de l'immigration et les personnes non issues de l'immigration est de 14,5% en 2018 à Grenoble. (44)

Sur l'ensemble de la population immigrée, 35% proviennent des pays du Maghreb, 14% d'Italie et 11% d'autres pays africains.(45) En raison du nombre important de la population maghrébine dans notre cible de prévention, des lieux stratégiques seront choisis afin d'avoir un impact sur le plus

grand nombre. Pour cela, trois lieux sont choisis : la place du CHU de Grenoble, l'hypercentre de Grenoble entre les consulats d'Algérie et de Tunisie et l'avenue la Bruyères.

Le diabète touche près de 4 millions de personnes en France. Il y a 80 000 personnes diabétiques qui ignorent leur état en France.(46)

C'est une pathologie silencieuse, avant l'arrivée de complications parfois mortelles si elle est mal traitée et le diagnostic est souvent lié à des hospitalisations entraînant des coûts évitables en cas de diagnostic précoce.

Selon le Dr Laurence Vittaz "Si l'on n'est pas attentif à soi, ce qui est souvent le cas des personnes issues de l'immigration qui sont préoccupées par d'autres problèmes urgents comme la régularisation des papiers ou le logement, la maladie peut être négligée pendant longtemps.

De plus, la migration entraîne un changement brutal des conditions de vie, qui s'accompagne d'un accès à une alimentation industrielle et sucrée, pas toujours de bonne qualité, et d'une moindre activité physique. Autant de facteurs qui favorisent le diabète de type 2. " (47)

Données sur l'offre de soins de santé :

Concernant l'offre de soins sur le territoire, on compte 156 médecins généralistes, 321 spécialistes libéraux, 296 infirmiers libéraux, 376 masseurs-Kinesithérapeute libéraux, 21 sages-femmes, 61 pharmacies et 11 laboratoires.

Pour mieux évaluer la densité médicale, on utilise le ratio du nombre de patients par le nombre de médecins généralistes. Sur le territoire, celui-ci est de 1410, ce qui signifie qu'il y a 1410 patients pour un médecin généraliste.

Pour le ratio du nombre de patients par infirmière, il est de 213. C'est-à-dire qu'il y a 213 patients par infirmière. Il y a également 2 Hôpitaux - Cliniques, 1 MSP active ou en projet, 1 CPTS, 9 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 1 services de soins infirmiers à domicile et d'Hospitalisation à domicile et 13 centres de santé.(44)

Données sur l'état de santé de la population :

Concernant les pathologies les plus répandues sur la commune de Grenoble, le top 5 est le suivant : Diabète de type 1 et diabète de type 2 avec une prévalence de 4,3%, Affections psychiatriques de longue durée avec une prévalence de 3%, Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique avec une prévalence de 2,9%, Insuffisance cardiaque sévère, trouble du rythme sévère, cardiopathie valvulaire sévère, cardiopathie congénitale sévère avec une prévalence de 1,9% et Maladie coronarienne avec une prévalence de 1,7%.

Le diabète est la maladie dont la prévalence est la plus élevée à Grenoble, et les actions de santé autour de cette maladie sont tout à fait pertinentes. (44)

Concernant les sujets de prévention et de vaccination sur la commune de Grenoble :

Le ratio de polymédication continue (Population de consommateurs de 65 ans et plus ayant eu au moins 10 molécules distinctes délivrées 3 fois dans l'année / le nombre de consommateurs de 65 ans et plus) est de 15,4%.(44)

La résistance aux antibiotiques (Population consommatrice traitée par des antibiotiques particulièrement générateurs de résistance aux antibiotiques (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3ème et 4ème génération, fluoroquinolones) / nombre de consommateurs d'au moins un antibiotique) est de 33,4%. Ce taux est inférieur à celui du département (34,7%) et à celui de la France (36,3%).(44)

Les taux de dépistage avec, par exemple, le taux de dépistage du cancer du sein est de 64,2%. Ce taux est supérieur à celui de la France, qui est de 61,6 %.

Le taux de dépistage du cancer colorectal est de 35,8%. Ce taux est supérieur à celui de la France (32,3 %).

Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est de 52,8 %, ce qui est supérieur au taux français (51,8 %).(46)

La population grenobloise semble être consciente des possibilités de dépistage. Une population réceptive peut être un bon point pour les campagnes de sensibilisation.

Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière des patients âgés de 65 ans et plus est de 61,9 %. Ce taux est très supérieur à celui de la France (58,6%). Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière des patients âgés de 16 à 64 ans est de 36,1%. Ce taux est supérieur à celui de la France (34,2%).

Le taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est de 81%. Ce taux est inférieur à celui de la France (83,8%).

Le taux de vaccination contre le méningocoque C est de 94,7%, ce qui est inférieur au taux français (96,4%). (44)

Concernant les examens bucco-dentaires, le taux est de 65,4%. Il est inférieur au taux français (71,5%). (44)

Étape 3 : Création des statuts juridiques :

Avant de devenir un MSP, les PDS doivent créer une association.

L'association loi 1901 est la première entité juridique créée.

Le processus de création est rapide et simple : Il est important de noter que pour créer une association, les PDS peuvent le faire entièrement par eux-même, mais s'ils souhaitent une assistance, ils peuvent s'adresser à des prestataires tels que Legalstart, qui propose sur son site internet le service d'experts qui les assiste du début à la fin.(48)

Au départ, plusieurs conditions doivent être respectées :

Il faut au moins deux personnes pour former une association et pour que l'association soit acceptée par la préfecture, il faut qu'il y ait 2 dirigeants. C'est le minimum requis pour avoir le statut juridique d'une association et les avantages financiers et matériels qui vont avec ce statut.

Ensuite, les responsables doivent choisir un nom pour l'association. Le choix du nom de l'association est laissé à la discrétion des professionnels de santé, mais il ne doit pas être en usage et ne peut être confondu avec le nom d'une autre personne morale ou physique.

Ensuite, il est nécessaire d'identifier le siège social de l'association. Il est important que le siège social soit situé en France. C'est à cette adresse que sera envoyée toute correspondance concernant l'organisation. L'adresse du siège social peut être différente de celle du siège de l'association, mais c'est elle qui déterminera la préfecture dont dépend l'association et les règles qui lui sont applicables.

Il faut ensuite rédiger les statuts de l'association. Ils doivent contenir au moins les informations suivantes : "La dénomination de l'association, le siège social, l'objet de l'association, la durée de l'association, les conditions de modification et de dissolution, les règles de gestion et l'assemblée générale".(49)

Enfin, les statuts doivent être signés par au moins deux des fondateurs de l'association.

L'association doit ensuite choisir son bureau. Un président doit être nommé, mais il peut être assisté d'un secrétaire et d'un trésorier. La décision de nommer ces personnes est consignée dans le procès-verbal de l'assemblée générale constitutive de l'organisation, à laquelle tous les membres fondateurs sont présents.

Ensuite, l'association doit être déclarée à la préfecture ou à la sous-préfecture, selon la localisation du siège social dont elle dépend. Cette étape peut être réalisée en ligne ou en personne en remplissant les 2 formulaires suivants : Cerfa n°13973*04 (déclaration de création) et n°13971*04 (liste des dirigeants).

Si la déclaration est acceptée par la préfecture ou la sous-préfecture, les PDS reçoivent un récépissé officiel de déclaration contenant le numéro du répertoire national des associations. Si la déclaration est rejetée, les PDS reçoivent une lettre expliquant les raisons du rejet.

Une notification d'incorporation est ensuite publiée par le journal officiel des associations. Ce contenu est fourni gratuitement. Pour accéder à l'avis de publication, il suffit aux PDS de se rendre sur le site du Journal Officiel.(49)

Il est essentiel de comprendre qu'une association est sans but lucratif. Cela signifie que les revenus de l'association ne peuvent pas être distribués à ses membres, mais qu'elle peut accepter des dons, organiser des événements payants et créer des bénéfices.

Si la MSP cherche à générer des revenus par le biais d'une activité de service, il est important de constituer une société telle qu'une SARL, une SAS ou une SCI.(50) (51)

Les PDS peuvent également créer une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) en tant qu'entité juridique.

La SISA est nécessaire si l'équipe souhaite recevoir un paiement.

Une SISA requiert un minimum de deux médecins et un paramédical.

En outre, tous les signataires du projet de santé ne sont pas nécessaires pour adhérer à la SISA.

"Les partenaires de la SISA sont des professionnels de santé tels que définis par le code de la santé publique :

Médecin, dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-moniteur, prothésiste, orthésiste et diététicien. " (52)

Tout d'abord, les statuts types doivent être récupérés sur le site du Conseil national de l'ordre de chaque profession et complétés. Les statuts et tous les autres documents requis doivent ensuite être envoyés au service des impôts, à l'ARS et aux conseils professionnels.

Il est nécessaire d'ouvrir un compte professionnel auprès d'une banque afin d'être payé.

Le service du siège social fait ensuite paraître un avis de constitution dans une publication prévue à cet effet.

La société est ensuite enregistrée conformément aux exigences du droit commun, y compris une déclaration d'enregistrement et tous les documents requis. Le greffe du tribunal de commerce, qui est le centre compétent pour les formalités commerciales des sociétés civiles, se charge de l'immatriculation.

Le Bulletin Officiel des Annonces Civiles et Commerciales publie la constitution de la société dès son immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés. (52) (53) (54)

Il va sans dire que des entreprises comme un expert-comptable sont capables de s'occuper de toutes ces tâches. Mais cela a un prix ; en général, les PDS doivent prévoir un budget compris entre 2000 et 2500 euros.(53)

Étape 4 : Créer le projet de santé

Le projet de santé est rédigé par les membres de la MSP. Bien que les membres de la structure puissent faire appel à un prestataire extérieur pour rédiger le projet de santé, il est préférable que les membres le fassent eux-mêmes. En effet, cela leur permet de commencer à travailler ensemble, de déterminer s'ils sont vraiment aptes à travailler dans cette équipe et de s'engager pleinement dans la MSP. Si les membres de l'équipe n'ont pas assez de temps pour rédiger le projet de santé, c'est le moment de trouver des moyens de libérer du temps et d'élaborer des méthodes de travail qui conviennent à chaque membre de l'équipe et qui seront très bénéfiques pour le reste du travail de l'équipe.

Le projet de santé s'appuie sur le diagnostic amont du territoire pour soutenir les nombreuses actions que la MSP peut mener, tout en articulant la structure organisationnelle et les objectifs communs pour améliorer la prise en charge des patients. Le projet de santé met en évidence les compétences organisationnelles de l'équipe et la volonté des professionnels de santé de collaborer et de travailler sur les questions de santé les plus prioritaires.(55)

Il est important de noter que le projet de santé est évolutif. Il peut être très simple au départ, puis évoluer en fonction des pratiques au sein de la MSP, des professionnels de santé ou des besoins de santé.(55)

Conformément à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, " Chaque professionnel de santé membre de la MSP a signé le projet de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions prévues est expressément prévue par le projet de santé ".(56)

Le projet de santé est enfin présenté à l'ARS dont la MSP dépend pour validation. Chaque ARS dispose de son propre cahier des charges sur lequel elle s'appuie pour analyser et valider le dossier. Une fois validé, la MSP peut bénéficier d'une aide financière de l'ARS, notamment d'un financement FIR (voir partie financement).(38)

Le projet de santé est organisé selon deux thèmes : le projet professionnel et le projet de soins.

Il peut être divisé en cinq sections : Une partie sur le diagnostic préalable portant sur le territoire, la population, et une analyse des besoins et de l'offre de soins sur le territoire.

Une partie sur le projet professionnel qui comprend des informations sur la structure juridique, la gouvernance, la localisation géographique et la liste des professionnels de santé impliqués dans le projet.

Une partie sur l'accès aux soins, incluant des sujets tels que l'accessibilité de la MSP, la prévention et la santé publique.

Une section sur le travail en équipe multiprofessionnelle contenant des informations sur l'organisation de la collaboration, les protocoles et la formation.

Enfin, une section sur le système d'information partagé entre les professionnels de santé.(55)

Pour le projet de santé, chaque ARS fournit un modèle à remplir par les professionnels de santé.

Voici un aperçu du formulaire, détaillant ce qu'il faut écrire dans chaque partie, ainsi qu'un exemple de projet de santé pour la prévention du diabète.

Partie 1 : DIAGNOSTIC PRÉLIMINAIRE

1.1 Territoire d'intervention

Dans cette section, il s'agit de bien définir le territoire d'intervention afin d'établir le périmètre du projet. Le territoire est déterminé non seulement par l'emplacement du siège social, mais aussi par les municipalités où réside la population cible. Les élus des communes, la population et les autres parties intéressées doivent être informés au préalable si les PDS ont l'intention de se regrouper en un seul site.

Généralement, deux zones sont définies : une région dite primaire où les membres de la MSP s'engagent à accepter tous les nouveaux patients, et un territoire dit secondaire où les patients sont acceptés sur une base individuelle.(57) (58)

1.2 La population

L'objectif de cette partie est de donner toutes les statistiques essentielles sur la population en matière démographique, sociale, économique et d'état de santé.(57)

1.3 L'offre de soins de santé existante

Dans cette partie, une description de l'offre de soins ambulatoire, hospitalière, médico-sociale et sociale existante, des structures d'accompagnement, de prévention et de dépistage est fournie. (57)

1.4 Les besoins de santé

Dans cette partie, un examen des besoins de la population et des professionnels est réalisé.

L'examen des besoins de la population peut s'appuyer sur une analyse du profil démographique, c'est-à-dire les tranches d'âge les plus répandues sur le territoire, une analyse du profil social, c'est-à-dire les taux de bénéficiaires de la CMUc et de l'AME, et une analyse du profil pathologique, c'est-à-dire les pathologies prévalentes, le taux de couverture vaccinale, le dépistage....

L'examen des professionnels se fait à partir des problèmes observés et de leurs demandes.(58)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

Dans cette partie, les données concernant le diagnostic du territoire peuvent être reprises telles quelles.

Partie 2 : PROJET PROFESSIONNEL

2.1 Structure juridique / gouvernance

Dans cette rubrique, le statut juridique de la MSP doit être décrit (association loi 1901, SISA, etc.).

Des données générales telles que le nom de la MSP, son adresse, la date de création, ses membres, l'objet de la MSP... doivent être précisées.

Tous ces éléments sont déjà indiqués dans les dossiers de constitution d'une association ou d'une SISA. Les PDS n'ont qu'à les recopier dans cette section.(58)

2.2 Localisation géographique

Cette section définit si la MSP sera située sur un seul site (dans les murs) ou sur plusieurs sites (hors les murs). En outre, des données telles que la personne responsable du projet immobilier, l'adresse du ou des bâtiments et la date d'entrée dans les lieux doivent être indiquées. (58)

2.3 Liste des professionnels

Cette section doit contenir des informations sur tous les professionnels de la structure.

Nom, prénom, profession, numéro RPPS, numéro ADELI, nombre de journées ou demi-journées travaillées et lieu de travail sont précisés pour les professionnels de santé.

Le nom, la profession, l'employeur et le nombre de journées ou demi-journées travaillées sont précisés pour les professions non sanitaires.(58)

Partie 3 : ACCÈS AUX SOINS

3.1 Accessibilité

Dans cette partie, l'accessibilité générale, géographique, financière et sociale est abordée.

Pour l'accessibilité générale, sont précisés les responsabilités et le fonctionnement du secrétariat, les horaires de consultations des différents professionnels de santé, les modalités de la pause déjeuner ainsi que les moyens de communiquer ces informations aux patients de la MSP monosite ou des différents lieux si la MSP est multisite.

Il s'agit d'assurer une prise en charge sur un temps non compris dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires.

La mise en place de plages horaires possibles pour les consultations non programmées, ainsi que les modalités de prise en charge du patient en cas d'absence du médecin traitant ou d'un autre PDS, sont indiquées dans cette partie.

L'accès à des spécialités ou des techniques médicales particulières en dehors de la MSP, comme un chirurgien-dentiste, ou à des spécialistes de deuxième ligne comme un cardiologue, par exemple, est également mentionné.

Enfin, l'accès à d'éventuels services innovants, comme la téléconsultation, est également décrit dans cette section. (58)

Pour l'accessibilité géographique, les modalités d'accès (transports en commun, voiture, accès pour les personnes à mobilité réduite, nombre de places de parking, nombre de places pour les personnes à mobilité réduite, etc.) à la MSP sont précisées. (58)

Pour l'accessibilité financière, la MSP précise les modalités de tarification et les cas d'application du tiers payant. Les modalités de communication des tarifs aux patients doivent également être indiquées.(58)

Pour l'accessibilité sociale, la MSP s'engage à permettre l'accès aux soins pour tous et à ne pratiquer aucune forme de discrimination. Toutes les mesures mises en place pour y parvenir sont précisées ici. La présence d'éventuels services sociaux (ex : assistante sociale) est également précisée dans cette rubrique.(58)

3.2 Actions de prévention et missions de santé publique

Dans cette section, sont indiquées toutes les actions de santé publique (prévention, dépistage, vaccination, éducation thérapeutique, etc.).(58)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

Depuis le décret de 2016, les pharmaciens peuvent désormais réaliser des tests capillaires de glycémie dans le cadre d'une campagne de prévention du diabète. Grâce à ce décret, le médecin généraliste peut également réaliser des tests de glycémie en cabinet. (59)

Tout au long de l'année, sur le thème de la prévention du diabète, l'organisation sera la suivante :

Le médecin généraliste aura 2 choix : soit proposer un test Findrisk aux patients qu'il juge à risque, soit les orienter vers la pharmacie de la MSP pour réaliser ce test. Le pharmacien proposera le test Findrisk au patient sous forme numérique ou papier et pourra également proposer spontanément ce test aux patients potentiellement à risque dans son officine.

Le test Findrisk est un instrument de dépistage, développé en Finlande, qui estime la probabilité de développer un diabète de type 2 dans les 10 prochaines années.

A l'aide d'un questionnaire comportant 8 questions sur l'âge, le poids ou les antécédents familiaux, un score allant de 0 à 24 est obtenu. (60)

En fonction du résultat du findrisk, une glycémie d'orientation sera réalisée à la pharmacie.

Suite à cette mesure de glycémie, le pharmacien recevra les patients ayant un résultat élevé, leur expliquera la marche à suivre et les orientera vers leur médecin pour une prescription de mesure de l'HbA1c en laboratoire.

En cas de diabète avéré, une orientation vers le médecin généraliste pour une consultation sera organisée. En cas de règles hygiéno-diététiques à suivre ou de prescription thérapeutique, l'infirmière accompagne le patient dans l'apprentissage et le maintien de la prise en charge.

L'objectif est de coordonner les activités afin d'assurer un suivi complet par le pharmacien pour la délivrance, les démonstrations et les entretiens, le médecin généraliste pour les questions et les renouvellements d'ordonnance et l'infirmière pour le soutien dans l'apprentissage des choses à mettre en place autour de la pathologie.

En plus de cette coordination tout au long de l'année, deux journées de prévention du diabète seront organisées, idéalement autour de la semaine nationale de prévention du diabète, qui a lieu entre octobre et septembre. Cette semaine est une occasion essentielle pour mieux faire connaître et comprendre le diabète, sensibiliser les personnes à risque de contracter le diabète et promouvoir les pratiques préventives. (61)

Pour mener à bien cette action, en raison du nombre important de la population d'origine maghrébine dans notre cible de prévention, des lieux stratégiques seront choisis afin d'avoir un impact sur le plus grand nombre. Les stands expliquant l'action et les pharmacies participantes seront placés dans trois lieux différents. Le parvis du CHU de Grenoble, dans l'hypercentre de Grenoble entre les consulats d'Algérie et de Tunisie et l'avenue la Bruyères.

Les stands et les affiches seront en français et en arabe pour que tout le monde comprenne.

Des affiches seront également apposées sur les vitrines des pharmacies et des cabinets médicaux et infirmiers participants.

La journée se déroulera de la manière suivante : Le patient, après avoir été informé de l'action de prévention soit par des moyens de communication externes, soit par son médecin traitant, pourra effectuer un test findrisk. Ce test pourra être réalisé en ligne en scannant le QR code présent sur les panneaux/affiches ou en version papier en se rendant dans la pharmacie de son choix parmi la liste des pharmacies participantes.

En fonction du résultat du findrisk, un test de glycémie d'orientation peut être réalisé à la pharmacie par un étudiant en pharmacie. Les patients ayant un résultat de glycémie élevé seront orientés vers le médecin pour une prescription de mesure de l'HbA1c en laboratoire. Le médecin fournira l'ordonnance et un bon à présenter au laboratoire. Ces bons seront collectés par les laboratoires afin de comptabiliser le nombre de visites de patients suite à cette action de prévention.

Enfin, en cas de diabète avéré, une orientation vers le médecin généraliste pour initier la prescription sera mise en place.

3.3 La permanence des soins ambulatoires

Dans cette partie, le système mis en place pour assurer la permanence des soins est décrit. (système de garde ou d'astreinte)

Les jours, horaires, lieu (ex : maison médicale de garde), la participation des PDS de la structure et les modalités d'information des patients sont indiqués. (58)

Partie 4 : TRAVAIL EN ÉQUIPES MULTI PROFESSIONNELLES

4.1 Organisation de la coordination

Dans cette partie, il suffit de décrire simplement comment est gérée la fonction de coordination des différents professionnels. Une bonne coordination des professionnels tend à assurer le bon fonctionnement de la structure.

Pour ce faire, il est nécessaire d'indiquer la personne désignée comme responsable de la structure, son rôle, et son emploi du temps.

Les professionnels qui font partie de l'assemblée générale sont indiqués.

Le rôle du secrétariat ainsi que l'existence d'une salle de réunion doivent figurer dans cette rubrique. (58)

4.2 Consultation multi professionnelle sur les cas complexes

Dans cette section, les PDS expliquent " la fréquence des réunions, la méthodologie de sélection des patients concernés, la formalisation de ces réunions, l'objectif et le suivi des décisions prises pour le patient. " (58)

Le fait de pouvoir réunir tous les professionnels autour d'un cas complexe de patient va permettre une prise en charge collégiale et réfléchie.

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

Les PDS de la MSP conviennent de se réunir une fois par mois pendant une journée sur les cas complexes des patients. Un cas complexe est défini comme un patient ayant une HbA1c supérieure ou égale à 9%, soit une glycémie moyenne de 2,10 g/l. (62)

L'objectif de ces réunions est d'assurer un suivi rigoureux du patient et d'éviter une rupture thérapeutique. Le pharmacien, à l'aide du dossier médical, évaluera l'observance, le médecin vérifiera les mesures biologiques et leur évolution et l'infirmière attestera de la bonne prise des traitements, en se rendant deux fois par mois au domicile du patient.

L'objectif est d'obtenir une diminution du taux d'HbA1c et l'autonomie du patient après 3 mois afin d'assurer la continuité des soins et d'éviter les complications graves.

4.3 Développement de protocoles multi-professionnels

Dans cette section, les procédures de soins partagés entre les professionnels de santé sont décrites. Il est donc important d'expliquer clairement ces protocoles avec qui intervient, sur quel sujet, à quel moment et pour faire quoi. (57)

4.4 La coopération interprofessionnelle

Dans cette section, la coopération entre les PDS et, plus particulièrement, la délégation de tâches sont abordées. Elles sont strictement encadrées et validées par l'ARS. (57)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

Dans le cadre des journées de dépistage, il est demandé à un étudiant en pharmacie de réaliser des glycémies d'orientation et d'orienter le patient en fonction des résultats.

4.5 Coordination avec les professionnels et structures externes

Dans cette partie, toutes les relations avec les professionnels ou structures de santé extérieurs à la MSP sont décrites (liste, convention, procédure, etc.). Les modalités de transmission des données de santé du patient à ces professionnels ou structures sont également expliquées. (58)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

A l'aide d'un bon, les personnes présentant une glycémie trop élevée seront orientées vers les laboratoires lors des deux journées de prévention. Pour mesurer l'impact de l'action, l'équipe demandera au laboratoire le nombre de bons reçus les deux jours et, si disponible, la proportion de valeurs anormales d'Hba1c par rapport aux autres jours.

4.5 Formation - recherche - qualité

Dans cette section, des informations sur la formation et l'accueil des futurs professionnels de santé, tels que les stagiaires, sont mentionnées (nombre de sites de formation, liste des encadrants formés et en formation, type de stagiaires accueillis, modalités de facilitation de leur accueil, modalités d'hébergement).

Les programmes de recherche en lien avec les universités sont précisés dans cette rubrique. (57)

Concernant la démarche qualité, les mesures d'amélioration continue de l'organisation de la structure, de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la formation continue des PDS sont indiquées. (58)

PARTIE 5 : DISPOSITIF / SYSTÈME D'INFORMATION

5.1 Système d'information mis en place au sein de la MSP

Dans cette partie, il est indiqué le système d'information partagé entre les PDS de l'établissement et ceux extérieurs à l'établissement, son accréditation par l'ASIP Santé et sa compatibilité avec le DMP. (58)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

Weda sera le système d'information utilisé au sein de la MSP. Il fait partie des logiciels agréés et accrédités. Weda sera utilisé pour :

- lister les patients qui feront l'objet de réunions de cas complexes.*
- planifier les réunions mensuelles*
- communiquer sur les patients, notamment pour que le pharmacien transmette les coordonnées des patients présentant des anomalies glycémiques afin d'assurer leur prise en charge par le médecin généraliste.*
- collecter des données, notamment via le site mondiabete.fr, permettant d'enregistrer le nombre de tests *findrisk* totaux, le nombre de tests *findrisk* ayant abouti à une glycémie de contrôle, le nombre de glycémies anormales et le nombre de diabétiques confirmés. Ces données permettront aux PDS de mesurer l'impact des actions de la MSP et de justifier certains financements.*

5.2 L'accès des patients aux données médicales

Dans cette section, la MSP indique comment le patient peut accéder à son dossier médical et comment le patient est informé de ces procédures. (58)

Une fois le projet de santé validé par l'ARS, le statut de MSP est obtenu.

Étape 5 : réfléchir au projet immobilier

La mise en place d'un projet immobilier n'est pas obligatoire, c'est un plus si les PDS le souhaitent.

Pour valider un projet immobilier, deux normes doivent être respectées.

Tout d'abord, le projet immobilier doit être en adéquation avec le projet de santé, en intégrant par exemple un studio pour les étudiants ou un espace de réunion dimensionné pour l'équipe. D'autre part, il est essentiel de prendre en compte le territoire. Financièrement parlant, on ne peut pas autoriser un projet immobilier pour chaque commune.

Selon le créateur de Maison Médecis, deux options s'offrent aux praticiens de santé. Il est possible de louer ou d'acheter un bâtiment existant, mais aussi de créer un bâtiment tout neuf.

La création d'un bâtiment neuf est assez complexe. Il est nécessaire de pouvoir étudier la zone pour s'assurer que le projet peut être réalisé à cet endroit. C'est l'étude de tous les documents d'urbanisme.

Ensuite, il faut réaliser une étude de faisabilité avec un architecte, estimer le coût du projet et procéder à la construction.

Gérer tout cela peut être extrêmement difficile pour les PDS.

Des organisations telles que Maisons médecins ou Docteur House peuvent aider les professionnels de santé dans leurs démarches et même construire et livrer les bâtiments.

Étape 6 : Mettre en œuvre le projet de santé

Pour ce faire, il est indispensable de fixer les principes de bon fonctionnement et de répartition des tâches. La rédaction de la charte d'une structure est un excellent moyen de définir les membres et l'organisation. La mise en place d'une coordination des équipes permet un fonctionnement efficace de l'organisation.

Pour la mise en œuvre des actions liées au projet de santé, il est indispensable de rédiger un budget prévisionnel, de lister les actions à réaliser, leur ordre chronologique, les ressources financières et humaines nécessaires à chaque action, et d'établir un budget pour chaque activité.

Une fois tout cela clairement établi, le travail pluridisciplinaire prend progressivement forme.(38)

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

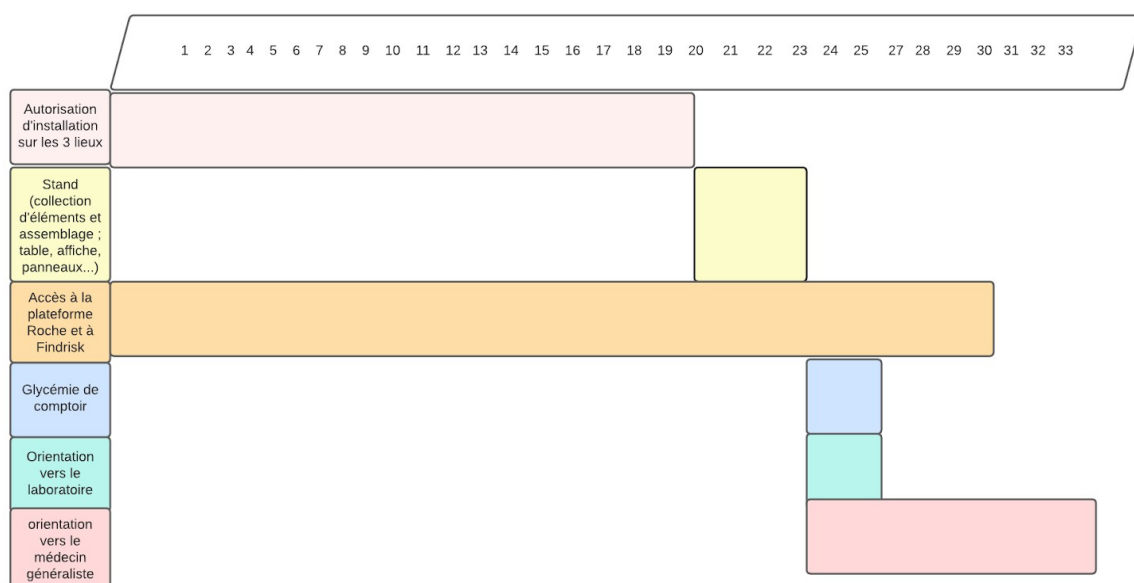
Pour les 2 journées de prévention :

<i>Élément de répartition du travail</i>	<i>Informations à trouver au préalable et où les trouver</i>	<i>Temps estimé pour réaliser l'activité (jours)</i>	<i>Coûts externes (€)</i>	<i>Ressources humaines (FTEs)</i>
<i>Autorisation d'installation sur les 3 lieux</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avons-nous le droit de nous installer dans ces endroits ?</i> • <i>Un permis est-il nécessaire ?</i> • <i>Que devons-nous faire pour obtenir l'autorisation ?</i> • <i>Combien de temps faut-il pour obtenir l'autorisation ?</i> • <i>Combien coûte</i> 	<i>20</i>	<ul style="list-style-type: none"> -<i>coût de l'autorisation</i> -<i>coût du site</i> 	<i>2 (pharmacien et infirmier)</i>

	<p><i>l'autorisation ?</i></p> <p><i>-> Appelez la mairie de Grenoble pour obtenir ces informations ; si nécessaire, elle orientera les PDS vers les personnes compétentes.</i></p>			
<p><i>Stand (collection d'éléments et montage, affiche, panneaux...)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>• De quels éléments avons-nous besoin pour chaque stand ?</i> <i>• Comment obtenir tous les éléments (impression, commande...)</i> <i>• Combien de temps cela prend-il pour obtenir tous les éléments ?</i> <i>• Quel est le coût total par stand ?</i> 	3	<p><i>-outils pour le contrôle de la glycémie et éléments promotionnels</i></p>	<p><i>9 personnes (étudiants, PDS)</i></p>
<p><i>Accès à la plateforme Roche et à Findrisk</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>• A qui faut-il demander l'accès à la plateforme Mondiabete ?</i> <i>• Combien de temps faut-il pour obtenir l'accès ?</i> <i>• Combien coûte l'accès au service ?</i> 	30	<p><i>-Accès à la plateforme</i></p>	<p><i>1 (médecin)</i></p>
<p><i>Glycémie de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>• De quoi avons-nous besoin</i> 	2	<p><i>-outils pour le</i></p>	<p><i>2 (pharmacien et</i></p>

<i>comptoir</i>	<p><i>pour les tests de glycémie ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Combien cela va-t-il coûter ?</i> 		<i>contrôle de la glycémie et éléments promotionnels</i>	<i>étudiant</i>
<i>Orientation vers le laboratoire</i>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Avec quel laboratoire allons-nous nous associer ?</i> <i>Combien de bons prix allons-nous imprimer ?</i> 	<i>2</i>	<i>-bons</i>	<i>2 (pharmacien et infirmier)</i>
<i>Orientation vers le médecin généraliste</i>		<i>10</i>		<i>1 (médecin)</i>

La figure 23 illustre le diagramme de Gantt des différentes étapes :



Étape 7 : Suivre et optimiser le projet de santé

Il est essentiel de suivre l'évolution des actions. Pour cela, utilisez des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Ils permettront d'évaluer les mesures mises en œuvre et, notamment, de justifier le financement auprès des organismes payeurs.

En outre, des institutions telles que l'assurance maladie peuvent aider à établir des objectifs et à les évaluer à des intervalles prédéterminés afin de continuer à verser des indemnités.

Après l'achèvement du projet initial, le projet est complété par de nouveaux acteurs et de nouvelles actions. C'est également le moment d'optimiser le projet de santé si certains aspects doivent être modifiés ou améliorés.

Un projet de santé peut être réécrit pour le rendre viable.

Illustration dans le cas d'un projet de santé autour de la prévention du diabète dans une MSP:

Pour suivre le projet, des indicateurs sont choisis :

- *nombre de tests findrisk réalisés par an*
- *nombre de tests findrisk réalisés lors des journées de prévention*
- *nombre de résultats anormaux (>12)*
- *nombre de tests de glycémie réalisés*
- *nombre de glycémies anormales*
- *nombre de nouveau patients diabétiques pris en charge*
- *augmentation du nombre de tests de glycémie au laboratoire après les journées de prévention*
- *satisfaction des patients via des questionnaires*
- *retour du personnel soignant*

Pour optimiser le projet de santé, un futur projet autour du diabète pourrait être la prise en charge des plaies. Pour cela, il pourrait être intéressant d'intégrer un podologue au sein de la MSP. Un autre projet serait la mise en place d'ateliers diabète et nutrition, l'intégration d'une diététicienne au sein de la MSP pourrait être pertinente dans ce cas.

Le financement

Le financement des structures d'exercice coordonné valorise ces organisations multi professionnelles et encourage les PDS à s'intéresser et à participer à une structure d'exercice coordonné. De plus, ils aident les professionnels de santé à réaliser des projets de santé. Rappelons que les professionnels de santé en exercice coordonné de notre échantillon ont mentionné une difficulté de financement, notamment la question du paiement du travail d'équipe et de concertation lorsqu'une personne est plus impliquée que les autres ou la question du financement insuffisant qui les fait avancer lentement. Cependant, il existe une multitude de méthodes de financement qui peuvent contourner ces problèmes ; en voici quelques exemples.

L'accord interprofessionnel (ACI) est la source de financement la plus connue, et celle dont la majorité des PDS de notre échantillon ont bénéficié.

L'ACI est le produit de la mise en œuvre en 2010 de l'ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération, dont l'objectif était de développer des modes de financement compatibles avec la pratique coordonnée.(63)

L'ACI a été signé en 2017 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats des différentes professions de soins primaires. Il permet la reconnaissance du travail des PDS réunis en équipes de soins primaires et la poursuite des nouvelles modalités de rémunération (NMR).

Pour pouvoir bénéficier de l'ACI, la MSP doit être une SISA. En raison du temps nécessaire pour devenir SISA, il existe une dérogation à ce dispositif. Les MSP ayant un projet de santé peuvent signer un contrat avec la CPAM et l'ARS compétente, dans lequel ils s'engagent à devenir SISA dans les 6 mois, afin de bénéficier d'un financement anticipé.(64)

Pour que la MSP ait droit à une indemnisation au titre de l'ACI, la procédure suivante doit être suivie :

Il y a une première réunion entre la CPAM, l'ARS et la MSP respective. Après le dépôt d'une demande d'adhésion auprès de la CPAM locale, une réunion de lecture du contrat est organisée entre la CPAM locale et la MSP.

Après l'analyse et l'examen des documents, la décision d'adhésion est communiquée.

Si la décision est positive, une réunion est convoquée entre la CPAM, l'ARS et la MSP concernés.

Si la décision est défavorable, il est possible de faire appel de la décision avec plusieurs voies de recours.

Le contrat répondant à trois promesses autour de l'accès aux soins, du travail en équipe et du système d'information est enfin signé.(64)

La rémunération de l'ACI correspond à une rémunération (composée d'une partie fixe et d'une partie variable) basée sur l'atteinte d'objectifs fixés en fonction d'engagements fondamentaux.(64)

Pour pouvoir bénéficier d'une rémunération, les conditions suivantes de l'engagement fondamental doivent être remplies :

- "La MSP doit être ouverte du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, et le samedi, de 8 h à 12 h, avec la présence d'au moins un professionnel de santé.
- Pas de fermeture pendant les vacances scolaires.
- La MSP doit proposer des plages horaires quotidiennes de soins non programmés.
- Un coordinateur, soit au sein de l'équipe de soins, soit en tant que membre du personnel est spécifiquement embauché à cet effet.
- La MSP doit posséder un système d'information certifié par l'ASIP, partagé par tous les professionnels de la structure, et permettant le partage d'informations "(65)

Ces engagements fondamentaux sont extrêmement restrictifs, mais certains ont été assouplis. Par exemple, l'équipe peut choisir de réduire les heures d'ouverture sans supprimer la compensation, mais en la réduisant simplement.(65)

L'ACI comprend des éléments optionnels afin d'augmenter le forfait. Par exemple, la mise en place de protocoles pluriprofessionnels et la convocation d'au moins six réunions de concertation pluriprofessionnelle par an font partie des critères de la rémunération variable.(65)

Pour le calcul de la rémunération, un système de points est utilisé. Chaque élément est évalué à un certain nombre de points, et chaque point équivaut à 7 €. La rémunération est proportionnelle à la taille de la base de patients (plus de 4 000) et à l'âge des patients (plus de 16 ans).

Bien évidemment, tous les éléments du socle de prérequis doivent être appliqués, avec toutefois une certaine tolérance la première année.(65)

Formule de calcul des points pour les indicateurs variables :

Nombre de points variables x population de patients de l'établissement/ population de patients de référence (4 000).

Exemple pour la fonction de coordination de la MSP : si l'objectif est atteint, 700 points fixes + 1 350 points variables (par 4 000 patients)

Pour un établissement comptant 10 000 patients : Nombre de points = 700 points fixes + 1350 points variables $\times (10\,000 / 4\,000) = 700 + 3\,375 = 4\,075$ points.

Rémunération = $4.075 \text{ points} \times 7 \text{ €} = 28.525 \text{ €}$

(5)

Le FIR ou fonds d'intervention régional est un autre type de rémunération.

La loi de financement de la sécurité sociale a rendu possible la création des fonds d'intervention régionaux en 2012, permettant à l'ARS de mieux gérer l'argent donné aux programmes régionaux de santé selon une logique d'objectifs et de résultats.

Le fonds d'intervention régional est composé des contributions de l'État, des régimes de base d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (66)

Pour bénéficier des fonds du FIR, il n'est pas nécessaire d'être une SISA, le statut d'association loi 1901 suffit.

Pour obtenir un financement, le porteur de projet doit déposer un dossier de financement FIR et un budget dûment rempli auprès de la délégation départementale.

Ce dossier peut être trouvé sur le site internet de l'ARS concernée et est raisonnablement simple à remplir.

En outre, le promoteur fournit un numéro de compte bancaire, une copie du statut juridique, les numéros SIRET + SIREN et, si nécessaire, les factures des coûts dépensés avant le versement de la subvention.

Après réception de l'avis autorisant la décision de financement, il y a une obligation de deux ans pour ouvrir et faire fonctionner la maison de santé pluriprofessionnelle conformément au projet de santé approuvé par l'ARS.

Afin de s'assurer de la bonne utilisation des versements, le promoteur doit fournir à l'ARS et aux délégations départementales les justificatifs des dépenses effectuées. (67)

L'ARS verse la compensation, qui correspond à une aide à l'installation, d'un montant maximum de 50 000 euros par projet à 100 000 euros dans le cas exceptionnel où la MSP est située dans un quartier prioritaire.(68)

L'aide FIR comprend une variété d'éléments qui diffèrent selon les régions : "étude de faisabilité, aide au démarrage, ingénierie de démarrage, création du projet de santé, acquisition de matériel collectif, acquisition du système d'information partagé, dépenses liées à la mise en place de la SISA... " (69)

Le fonds de l'article 51 est une autre forme de compensation.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, l'article 51 a vu le jour dans le but d'améliorer et de révolutionner le système de santé. (70)

Il n'est pas nécessaire d'avoir le statut de SISA pour recevoir les fonds de l'article 51, le statut d'association loi 1901 est suffisant.

Des transferts de procédures ou d'activités de soins ainsi que des restructurations des modes d'intervention peuvent être mis en place à titre exceptionnel et à l'initiative des professionnels au titre de l'article 51 de la loi hôpital, santé, patients, territoires.

Ces démarches régionales sont communiquées à l'ARS sous la forme d'un protocole de coopération. Avant de transmettre la proposition à la HAS pour approbation, l'ARS s'assure qu'elle répond à toutes les exigences en matière de besoins sanitaires. (5)

La méthode que doit suivre le porteur de projet est la suivante : il doit d'abord rédiger une lettre d'intention. Il s'agit d'un bref document qui explique l'objectif du projet, son impact et la stratégie économique. Cette lettre d'intention doit être déposée via le portail de soumission sur le site de l'ARS. Avant de valider le projet, l'ARS s'assure de son éligibilité, de sa pertinence, de sa créativité et de son adéquation avec les objectifs régionaux de santé. Elle évalue également la viabilité financière du projet avec l'aide de l'assurance maladie.

Sur la base de la lettre d'intention, un cahier des charges est élaboré lors d'une réunion entre l'ARS, l'assurance maladie et le chef de projet. Une fois le cahier des charges finalisé, un comité d'agrément l'examine. Enfin, une notification est publiée si le projet est validé, et le projet peut alors être mis en œuvre.(71)

Selon l'entretien que nous avons eu avec l'ARS, concernant le montant de la rémunération accordée par l'article 51, très peu d'informations sont disponibles et très peu de MSP perçoivent ce type de rémunération.

Une autre forme de rémunération est la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Il faut souligner que cette rémunération est basée sur des indicateurs établis pour chaque profession.

Grâce à la création de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en 2011, il est désormais possible d'avancer dans les moyens de remplir les nouveaux objectifs d'exercice collectif établis par la convention.(72)

Les indicateurs ont connu plusieurs changements depuis leur élaboration. Le nouvel avenant publié montre la volonté de mettre l'accent sur la pratique coordonnée. En effet, des modifications en termes d'exigences ont été apportées aux rémunérations des PDS comme le forfait structure pour les médecins. Si les médecins libéraux ne s'inscrivent pas dans une démarche d'exercice coordonné à l'échéance du 31 décembre 2022, ils ne pourront pas bénéficier de leur forfait structure l'année suivante. Cette baisse de revenus s'élève à environ 3 000 euros par an en moyenne. Cela démontre, une fois de plus, la pression exercée par l'État pour la mise en place de l'exercice coordonné.(73)

Pour que le professionnel de santé puisse bénéficier de la ROSP, il est tenu d'adhérer à un ensemble de paramètres fondamentaux. La participation du professionnel de la santé à une approche de pratique coordonnée est l'un des paramètres à prendre en compte. Ce paramètre, qui est encore assez souple, ne nécessite pas que le professionnel de santé participe à une structure de pratique coordonnée telle qu'une MSP, par exemple. Toutefois, le professionnel de santé doit démontrer qu'il exerce une pratique multiprofessionnelle d'une manière ou d'une autre. (74)

Concernant la ROSP, chaque spécialisation a son propre nombre de points, et 7 euros sont attribués par point. La rémunération moyenne d'un médecin via la ROSP en 2021 était de 5 091 euros mais elle peut aller jusqu'à environ 10000 euros.(74)

D'autres formes de financement sont apportées par l'ARS en plus des financements FIR et de l'article 51. Par exemple, des aides financières pour l'investissement immobilier. Il suffit au PDS de prendre contact avec l'ARS compétente et de s'informer sur les aides qu'elle propose. Ensuite, la demande est soumise, et le financement sera approuvé si toutes les exigences décrites dans le cahier des charges sont satisfaites.

En plus de la ROSP et du remboursement des actes médicaux, la CPAM offre une grande variété d'autres possibilités de compensation financière. L'une d'entre elles est le contrat de stabilisation et de coordination, qui prévoit une indemnité forfaitaire annuelle de 5 000 euros. Dans le cas d'un stagiaire à temps plein, cette indemnité peut être complétée par une rémunération supplémentaire de 300 euros par mois.(68) Là encore, il suffit de prendre contact avec la CPAM pour obtenir des informations complémentaires.

Les PDS bénéficient d'un soutien financier par le biais de fédérations telles que la FEMAS et la FEMASAURA, entre autres. Pour découvrir les types de soutien proposés, il leur suffit de prendre contact avec la fédération qui dessert leur région.

Les autorités locales, le département, la ville, la communauté de communes ou la mairie peuvent également contribuer financièrement à la réalisation du projet. Il n'est pas rare que les collectivités annoncent des appels à projets sur des sujets très variés liés à la santé. Organiser une veille afin de se positionner sur un sujet sur lequel la MSP travaille est une stratégie intéressante et potentiellement bénéfique. Certaines administrations municipales peuvent même louer des locaux ou financer l'ameublement et les appareils. (68)

Il est possible d'obtenir des fonds par le biais du parrainage. Malgré les restrictions imposées au financement public, le parrainage permet aux collectivités locales d'obtenir une aide pour mener à bien des initiatives d'intérêt populaire. La fourniture d'une aide financière, d'une aide en nature ou même de personnel peut être considérée comme un exemple de mécénat. Des avantages fiscaux sont accordés aux entreprises et aux particuliers en reconnaissance de leurs contributions(75).

Les dons faits par les patients eux-mêmes sont une autre source de financement notable.

Enfin, l'adhésion financière de chaque membre est à la fois une source de financement et une source d'engagement.

Le rôle des organisations de soutien

Les fédérations (ex : FEMAS, FEMAS AURA, FCCIS) :

Selon l'entretien que nous avons eu avec la responsable de la FEMASAURA, ces organisations ont été développées par et pour les professionnels de santé qui travaillent dans des structures d'exercice coordonné.

Elles sont chargées d'encourager et de faciliter la pratique coordonnée.

Pour ce faire, elles donnent accès à des facilitateurs (des professionnels de santé qui exercent dans le cadre d'un exercice coordonné, de sorte qu'il s'agit d'un retour d'information entre pairs) à la demande des professionnels de santé. Ces facilitateurs sont en mesure de fournir une assistance sur un large éventail de sujets : La démarche, les différentes étapes pour faire de l'exercice coordonné, les engagements, les avantages, les freins... Ils peuvent également intervenir sur des questions très spécifiques comme les protocoles pluri-professionnels, le financement, les SISA....

L'objectif est de faciliter le partage d'expérience pour aider le PDS à avancer plus rapidement.

Une fois les équipes en place, les Fédérations organisent également des séminaires d'équipe, où en général deux thèmes sont choisis, soit autour des questions que se posent les PDS sur le fonctionnement du projet, soit autour de la structure pour savoir comment la faire fonctionner. Elles organisent aussi le même type de séminaire pour les coordinateurs des centres de santé et elles peuvent aussi faire des formations pour les coordinateurs.

Les fédérations représentent également les structures d'exercice coordonné auprès des différents acteurs institutionnels de la région.

Enfin, la fédération a également un partenariat avec des experts-comptables et des avocats pour tout ce qui concerne la rédaction des statuts. Adhérer à la fédération et avoir accès à ces services peut parfois s'avérer beaucoup moins cher et plus sûr que d'en payer un soi-même.

Il suffit aux PDS de se renseigner sur la fédération qui couvre leur territoire et de prendre contact avec elle grâce aux informations fournies sur le site de la fédération pour bénéficier de son aide.

ARS :

Selon l'entretien que nous avons eu avec l'une des responsables de l'ARS de l'Isère ; Afin d'aider les porteurs de projet à créer des structures d'exercice coordonné, l'Agence Régionale de Santé (ARS) les accompagne dans la structuration de la nouvelle organisation ainsi que dans l'obtention de fonds auprès des partenaires de l'Agence.

L'ARS aide à chaque étape ; Dans les premières étapes du projet, l'ARS aide à la réalisation du diagnostic territorial ; en effet, l'ARS peut mettre à disposition des PDS des statistiques pour la partie diagnostic. Une fois l'équipe pluri-professionnelle constituée, l'ARS aide à la rédaction du projet de santé. Elle relit le projet de santé autant de fois que les PDS le souhaitent pour s'assurer de sa solidité avant la présentation au comité final. Lorsque la MSP reçoit l'agrément officiel de l'ARS, une aide est apportée à sa mise en place et à son fonctionnement afin que les actions de son projet de santé puissent être déployées.

L'ARS peut également apporter un financement pour faciliter l'embauche de nouveaux professionnels ainsi que la coordination des professionnels en place par l'achat d'un système d'information partagé ou de matériel de salle de réunion.(76)

Il suffit aux PDS de se renseigner sur l'ARS qui couvre leur territoire et de prendre contact avec elle grâce aux informations fournies sur le site internet de l'ARS pour bénéficier de son aide.

CPAM :

D'après l'entretien que nous avons eu avec l'une des responsables de la CPAM de l'Isère, en termes d'accompagnement, l'assurance maladie peut également être une pierre angulaire importante. Elle peut aider à l'élaboration des projets de santé ainsi qu'à leur suivi. Elle aide les PDS à suivre leur projet en spécifiant des indicateurs, par exemple.

Elle dispose de beaucoup de données et de contacts très utiles qu'elle peut fournir aux PDS, comme des données sur le territoire.

L'assurance maladie est également un pilier financier qui investit chaque année des millions d'euros dans la pratique coordonnée et, surtout, rémunère les professionnels de santé pour leur travail.

Les PDS peuvent contacter l'assurance maladie en appelant le 3608 ou en utilisant les coordonnées du site web.

<https://www.ameli.fr/isere/professionnel-de-la-lpp/adresses-et-contacts/autre-question-ou-reclamation>.

UTEP :

D'après l'entretien que nous avons eu avec une des responsables de l'UTEP (Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient) de l'Isère, ils ont 3 missions principales qui sont : d'assurer un accompagnement méthodologique des projets en éducation thérapeutique pour tout acteur du territoire, d'assurer la formation des acteurs de l'ETP et de soutenir le développement et l'innovation de l'ETP. Ils travaillent en partenariat avec les autres UTEP de la région et les autres structures d'éducation thérapeutique. Leur objectif futur est d'apporter un soutien accru aux structures d'exercice coordonné. Il suffit aux professionnels de santé de connaître l'UTEP qui couvre leur territoire et de prendre contact avec elle grâce aux informations fournies sur le site de l'UTEP pour bénéficier de son aide.

URPS :

A chaque étape de leur projet d'exercice coordonné, les professionnels de santé peuvent bénéficier du soutien de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé). Elles organisent des conférences sur l'exercice coordonné, aident à l'élaboration de la lettre d'intention, accompagnent les professionnels de santé dans la création d'une association et l'élaboration du projet de santé, peuvent mettre en relation les professionnels de santé avec les institutions, et soutiendront à l'avenir la structure d'exercice coordonné sur des sujets variés (prévention, organisation des soins, systèmes d'information....)(77). Il suffit aux professionnels de connaître l'URPS qui couvre leur territoire et de prendre contact avec elle grâce aux informations fournies sur le site de l'URPS pour bénéficier de son aide.

APMSL :

L'Association pour le développement de l'exercice pluriprofessionnel coordonné en Pays de la Loire (APMSL) a été créée en 2010. L'organisation fournit " des conseils, de l'aide, des ressources, des connaissances, des possibilités de mise en réseau, des réunions d'équipe et plus de 150 outils pour aider les PDS à créer des équipes de soins primaires, en particulier des maisons de santé pluriprofessionnelles. "(78)

Les PDS n'ont qu'à prendre contact avec l'APMSL en utilisant les informations fournies sur le site web de l'APMSL <https://www.apmsl.fr/> afin de bénéficier de son aide.

Parce que chaque organisation apporte une perspective unique au PDS, des organisations comme la CPAM, l'ARS et la FEMAS coopèrent autant qu'elles le peuvent. Chacune peut participer individuellement ou conjointement aux différentes étapes du processus, de l'élaboration au fonctionnement de la structure d'exercice coordonné. Il est primordial pour les PDS de se rapprocher de ces organisations, véritables piliers de l'exercice coordonné.

Analyse financière

Grâce aux questionnaires, nous avons pu constater que les PDS sont particulièrement intéressés par les projets de prévention du diabète.

De nombreuses initiatives axées sur la prévention du diabète sont incluses dans le portefeuille de Roche Diabetes Care. Le plan d'action de Roche Diabetes Care consiste à trouver une solution au sein de ce portefeuille qui, après avoir été améliorée, pourra être commercialisée auprès des professionnels de santé dans des cadres de pratique coordonnée. Ce concept est intéressant car il adopte une approche "Blue Ocean". Étant donné qu'aucun des rivaux directs de Roche n'est présent sur ce marché, l'accent mis sur les structures de pratique coordonnée est en effet intelligent.

La solution existante dans le portefeuille de Roche est une animation de sensibilisation au diabète avec un pack de prévention du diabète. Le point crucial est que Roche distribue actuellement ce pack gratuitement dans les pharmacies.

L'objectif est de compléter ce pack en y ajoutant la feuille de route illustrée d'un projet de santé sur la prévention du diabète. Cela nous permet d'offrir une solution complète au professionnel de santé en décrivant le processus de mise en place de ce type de projet de santé ainsi que les outils nécessaires à sa réalisation.

Dans la mesure où la feuille de route, qui détaille les différentes étapes de création de la MSP, les organismes de soutien et le financement, facilitera leur démarche, elle peut être utilisée par des équipes qui fonctionnent déjà depuis un certain temps dans une structure d'exercice coordonné et qui souhaitent mettre en place un projet de prévention du diabète. Cependant, elle peut également être utilisée par des équipes qui débutent l'exercice coordonné.

Afin de convaincre les PDS de l'intérêt d'un projet de prévention du diabète, certaines données intéressantes peuvent être fournies :

Des données sur la physiopathologie ; En effet, le diabète de type 2 est d'abord défini par l'absence de symptômes particuliers, ce qui explique le retard estimé de 9 à 12 ans dans le diagnostic, parfois au début des complications. (79)

Ensuite, il y a 820 000 Français qui sont diabétiques mais qui l'ignorent.(80) On parlait de 700 000 individus il y a encore un an, ce chiffre ne cesse donc d'augmenter. (81)

Des données plus spécifiques au domaine de la pharmacie, par exemple, les données internes de Roche montrent que 39 patients par an entrent généralement dans une pharmacie sans savoir qu'ils sont diabétiques.

En suggérant ce type d'action, le pharmacien peut prendre part à une initiative collective et nationale en agissant et fournissant aux patients les meilleurs conseils possibles.

La rentabilité de l'officine est également accrue par l'adoption de cette campagne de sensibilisation. Sachant que l'on estime qu'un patient diabétique peut rapporter en moyenne 1 041 euros annuel pour un pharmacien, une campagne de dépistage ayant permis de diagnostiquer 6 à 10 patients en moyenne peut générer plus de 6 000 euros de revenus,selon les données internes de Roche.

Concernant la composition du pack, il s'articule autour de trois thèmes : *informer vos patients, réaliser le dépistage et soutenir vos équipes*.

Le pack prévention diabète contient pour la partie *informer vos patients*, des visuels (2 autocollants comptoir électrostatique, 1 borne, 1 vidéo pour les écrans, 1 affiche fenêtre et 1 affiche comptoir) et 1 post pré-écrit pour les réseaux sociaux car de plus en plus de PDS sont présents sur les réseaux sociaux et souhaitent avoir du contenu à partager.

Pour la partie *dépistage*, un test findrisk est proposé avec une version numérique et une version papier.

En fonction du résultat du findrisk, un test de glycémie peut être réalisé. Pour cela, des produits Roche Diabète sont également envoyés pour réaliser les tests de glycémie capillaire (1 lecteur Accu-Chek® Guide, 1 sachet de 50 autopiqueurs Safe-T-Pro Uno à usage unique et 1 boîte de 50 bandelettes Accu-Chek® Guide) ainsi qu'un livret de sensibilisation afin que le patient puisse repartir avec une trace de son dépistage.

Il n'est pas toujours simple de parler au patient de manière appropriée, c'est pourquoi Roche Diabète a créé des outils spécifiquement destinés aux équipes pour les aider à comprendre les résultats d'un Findrisk et d'un test de glycémie et à parler au patient de manière adaptée. La section *Soutenir vos équipes* contient ces ressources.

En outre, ce pack permet aux PDS d'accéder à la plateforme web <https://www.monstediabete.fr>.

Tous les communiqués de presse, les spots radio et le marketing numérique de Roche Diabetes Care y seront redirigés.

Le site web propose un test findrisk en ligne. En fonction du résultat, la plateforme redirige ou non le patient vers une pharmacie.

L'intérêt pour le PDS est la visibilité. En effet, si l'on prend l'exemple d'un pharmacien qui participe à l'opération de dépistage, le patient verra son nom et ses coordonnées et pourra alors se rendre à la pharmacie pour effectuer un test de dépistage (Les patients verront sur le site toutes les pharmacies proches de leur domicile participant à l'opération).

L'autre intérêt est le gain de temps : le patient pourra remplir de manière autonome son questionnaire Findrisc en ligne avant de se rendre à la pharmacie.

Enfin, un autre intérêt est la mesure d'impact : en renseignant 3 données pendant l'opération (nombre de Findrisc réalisés, nombre de glycémies capillaires réalisées, nombre de glycémies anormalement élevées), le pharmacien pourra accéder à une évaluation personnalisée de son officine à la fin de l'opération.

Cette mesure d'impact peut être très utile dans le cadre de la pratique coordonnée, notamment lors de la demande de financement auprès d'organismes payeurs, puisqu'une rémunération est accordée en contrepartie de l'atteinte d'objectifs précis, par exemple dans le cas présent le nombre de patients dépistés par le médecin au bout d'un an.

Roche a également accès à des données (nombre de finrisk réalisés, nombre de glycémies réalisées, nombre de glycémies anormales) afin de quantifier la portée et l'impact de cette opération.

Enfin, comme nous l'avons mentionné plus haut, la feuille de route viendra compléter ce pack afin qu'il puisse être utile aux PDS dans le cadre d'un exercice coordonné.

Examinons de plus près le coût de ce pack de prévention pour Roche Diabetes Care afin d'estimer le prix auquel Roche pourrait le vendre.

La composition d'un pack est la suivante :

Désignation	Quantité par pack		Prix unitaire	Prix pour 1 pack (50 tests de glycémie)
Affiche de sensibilisation au diabète	1		3,91 €	3,91 €
Livret de sensibilisation au diabète	2		0,90 €	1,80 €
MOP sensibilisation au diabète	1		0,76 €	0,76 €
Affiche de la gamme Accu Chek pour les patients	1		13,46 €	13,46 €
Dépliant "Qu'est-ce que le diabète ?"	25		0,07 €	1,75 €
AC Guide - Mallya	1		0,06 €	0,06 €
Brochure	25		0,06 €	1,50 €
Affiche de comptoir de sensibilisation au diabète	1		2,05 €	2,05 €
Autocollants de comptoir de sensibilisation	2		0,41 €	0,82 €
ASG autocollant de comptoir	2		0,41 €	0,82 €

Cahier de sensibilisation à Findrisk	1		0,96 €	0,96 €
Mémo sur la sensibilisation au diabète	3		0,17 €	0,51 €
Affichage Findrisk	2		0,77 €	1,54 €
AC Guide lecteur échantillon	1		45,96 €	45,96 €
AC Guide bandelettes x50	1		35,94 €	35,94 €
AC Safe T Pro UNO Promo Bag (sac de 10)	5		20,39 €	101,95 €
Feuille de route	1		1 €	1 €
		TOTAL	127,28 €	214,79 €

La production d'un pack coûte environ 214,79 € à Roche Diabetes Care.

Selon les répondants au questionnaire, 36% des structures souhaiteraient mettre en place un projet de prévention du diabète. Sachant qu'il y a un total de 1600 MSP, cela ferait 576 MSP potentiellement intéressées par un projet diabète.

Sur ces 576 MSP, seulement 62% (selon le questionnaire) ont un pharmacien dans l'équipe, soit 357.

D'après les données internes de Roche sur 21000 pharmacies, seules 2547 sont en exercice coordonné, soit 12%. 12% des 1343 pharmacies partenaires de Roche sont déjà en MSP, soit 161 pharmacies.

L'objectif maximal pour Roche est donc de 196 pharmacies.

Pour les trois premières hypothèses, l'objectif est ici de démarcher les pharmacies en MSP pour donner/vendre le pack afin de contractualiser ensuite avec elles, permettant de générer des revenus via l'achat annuel de produits de la gamme Accu-Chek.

La première hypothèse consiste à donner le pack totalement gratuitement. Dans ce cas, Roche pourrait toucher 100% des pharmacies appartenant à une MSP intéressée par la réalisation d'un projet de prévention du diabète, soit 196 pharmacies. Sachant qu'une pharmacie partenaire rapporte un chiffre d'affaires médian de 12 141€.

Le revenu net pour Roche est de 2 337 692€ $((196*CA)-(214*196))$.

La deuxième hypothèse consiste à vendre le pack à un coût minimal, c'est-à-dire à faire payer aux PDS uniquement les produits utilisés pour réaliser les tests de glycémie et non le matériel promotionnel. Roche vendrait donc le pack à 183 euros. Compte tenu des montants importants versés aux MSP et de la rémunération supplémentaire dans le cas d'actions de prévention. On peut supposer qu'une pharmacie sur deux achèterait le pack, soit 98 pharmacies.

Le revenu net pour Roche est de 1 186 780 euros. $((98*CA)-(214*98) + (183*98))$

La troisième hypothèse consiste à vendre le pack au prix de revient, c'est-à-dire 214 euros. Comme le pack est un peu plus cher, on peut supposer que 1 pharmacie sur 3 l'achètera, soit 66 pharmacies.

Le revenu net pour Roche est de 801 306 euros. $((66*CA)-(214*66) + (214*66))$

La 4ème hypothèse consiste à vendre un service clé en main, en mettant en avant l'utilité de ce pack qui comprend une formation complète qui fournira aux PDS toutes les informations et les ressources nécessaires pour mettre en place leur MSP, exécuter leur projet, et gagner un temps précieux grâce à la formation dispensée par nos délégués médicaux. En outre, ils auront accès à tout

le matériel nécessaire pour mener à bien la campagne, et des indicateurs de suivi seront établis pour surveiller leur projet et garantir le retour sur investissement.

Dans le cadre de l'ACI, le financement peut atteindre un maximum de 70.000 euros en fonction de la réalisation d'indicateurs fixes et optionnels.

Sur les 1 600 MSP en France, 1 168 sont signataires de l'ACI.(5) Sachant que 36% seraient intéressés par la mise en place d'un projet de prévention du diabète, 420 MSP constituent notre cible. Roche pourrait vendre le pack de 2000 euros à ces 420.

Le revenu net pour Roche est de 750 120 euros. $((2000*420)-(214*420))$

Pour les trois premières hypothèses, la stratégie consiste à approcher les pharmacies des MSP avec le pack afin d'augmenter la visibilité de Roche et de contracter avec de nouvelles pharmacies. La première hypothèse, qui consiste à conclure des contrats avec toutes les pharmacies des MSP intéressées, est improbable. En revanche, compte tenu des sommes importantes allouées par les agences gouvernementales aux initiatives de santé publique, les deux autres possibilités sont plus plausibles. Avec cette méthode, le retour sur investissement de Roche pourrait être assez intéressant.

Sur la base de la quatrième hypothèse, la stratégie consiste non seulement à approcher les pharmaciens dans les MSP, mais aussi à accompagner les PDS et à fournir une solution clé en main à toute l'équipe de la MSP. Le retour financier est moins important qu'avec les trois autres hypothèses, mais en offrant un véritable soutien à l'équipe pluriprofessionnelle, l'image de marque de Roche est renforcée. Les MSP ont souligné leur manque de temps, d'expérience et d'information concernant la pratique coordonnée. Grâce à cette méthode innovante de Roche, ils peuvent recevoir l'aide dont ils ont besoin.

L'approche consistant à entrer sur le marché de l'exercice coordonné permettra à Roche Diabetes Care d'augmenter sa part de marché, d'améliorer son image de marque et de produire un rendement financier rentable.

Recommandation à Roche

Analyse SWOT :

L'analyse SWOT est une méthode qui permet à une organisation de déterminer ses forces, ses faiblesses (facteurs internes), ses opportunités et ses menaces (facteurs externes) afin de développer un plan d'avenir réussi.

Voici l'analyse SWOT de Roche, spécialement conçue pour le domaine d'expertise du diabète et la pratique coordonnée :

Force	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • Image de marque • Leader sur le marché du diabète • Le marché français est le deuxième marché le plus important pour Roche. • Force de vente importante et formée, déployée en exercice coordonné • Pack prévention déjà existant, pas besoin de mettre en œuvre des moyens pour le créer • Portefeuille complet permettant la réalisation de nombreux projets diabète en exercice coordonné 	<ul style="list-style-type: none"> • Roche est en difficulté financière • Réorganisation interne majeure • Les produits vieillissent, manque d'innovation • Incertitude liée à l'arrivée du CGM de Roche qui aurait pu être proposé aux équipes de pratique coordonnée • Nombreux projets autour de la prévention du diabète rejetés par le Global
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'espérance de vie, vieillissement de la population, augmentation constante du nombre de patients diabétiques • Forte appétence pour les projets sur le diabète dans les équipes de pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre de concurrents sur le marché du diabète • Pression des payeurs, déremboursement des lecteurs de glycémie, des auto piqueurs, des pompes à insuline, etc. • Les concurrents comme Abbott

<p>coordonnée</p> <ul style="list-style-type: none">• De plus en plus de professionnels de santé se lancent dans l'exercice coordonné• Très peu de concurrents directs sur le marché de l'exercice coordonné• De plus en plus de fonds sont mis à la disposition des exercices coordonnés	<p>innovent constamment et ont une longueur d'avance</p> <ul style="list-style-type: none">• Émergence de nouveaux acteurs sur le marché de l'exercice coordonné, comme les banques.• Réglementation stricte dans le secteur de la santé
---	---

PESTEL :

L'étude PESTEL est une méthode d'analyse des éléments macro-environnementaux (environnement externe) qui influencent la stratégie d'une entreprise.

Voici l'analyse PESTEL de Roche, plus spécifiquement orientée sur l'environnement de la maladie du diabète et de l'exercice coordonné :

Politique: Le gouvernement politique français pousse à l'exercice coordonné et veut faire de l'exercice individuel une exception.

Environnemental : Les normes et réglementations environnementales (empreinte carbone, technologies renouvelables, pollution de l'eau, gestion des déchets, optimisation des ressources...) augmentent les coûts et les contraintes, ce qui limite l'innovation.

Sociale : Vieillesse de la population générale et augmentation de la démographie, ce qui signifie que le nombre de maladies liées au vieillissement comme le diabète augmente, multiplication des organismes d'accompagnement des professionnels de santé en exercice coordonné, baisse de la démographie médicale, dégradation de l'accès aux soins dans un nombre croissant de territoires : 30% des Français estiment vivre dans un désert médical (5), les Français sont favorables au regroupement des PDS, forte attirance des jeunes médecins pour la médecine de groupe.

Technologique : Plateforme développée pour faciliter l'exercice coordonné, modernisation et transformation numérique des pratiques médicales (téléconsultation, télémédecine, point-of-care...), révolution technologique : on se dirige de plus en plus vers la médecine des 4 P : préventive, personnalisée, prédictive et participative.

Économique : Recherche de gains d'efficacité dans l'organisation des soins, Orientation d'une partie du financement des soins vers des structures de coordination des soins (ACI...).

Légale : Effort pour créer un cadre juridique autour de l'exercice coordonné, création juridique de postes pour l'exercice coordonné tels que les assistants médicaux, lois environnementales,

protection des données et cybersécurité pour assurer la confiance des patients , lois spécifiques, et normes dans le domaine de la santé (qualité, sécurité...).

Avec une population croissante et vieillissante, le marché des produits liés au diabète est durable. En outre, le climat politique, économique et social est extraordinairement propice à la pratique coordonnée. Par conséquent, nous recommandons à Roche Diabetes Care de faire tout son possible pour entrer sur le marché de l'exercice coordonné le plus tôt possible afin d'obtenir un avantage financier sur un marché où les rivaux sont peu nombreux. Notamment, ce projet est beaucoup plus intéressant pour Roche du fait que la solution existe déjà dans le portefeuille de Roche, ce qui élimine la nécessité d'un effort important pour la produire. À la lumière des difficultés financières de Roche, il serait judicieux de saisir l'occasion de créer de la valeur, d'augmenter la part de marché et de fournir un bon retour sur investissement.

Limites et forces de l'étude

Biais de sélection

Pour le questionnaire destiné aux PDS qui ne font pas partie d'une structure d'exercice coordonné, nous avons essayé de contacter des médecins mais ils n'ont pas voulu répondre car ils n'étaient pas intéressés par le sujet ou n'avaient pas assez de temps à nous consacrer. Pourtant, selon l'étude Les échos, les médecins font partie des PDS les plus impliqués dans la pratique coordonnée, il aurait donc été intéressant de les contacter davantage pour avoir leur retour d'expérience.

Biais dans la collecte des informations

L'enquêteur n'avait jamais construit de questionnaires en vue de réaliser une étude qualitative. Nous pouvons constater que certaines questions ressemblent plus à des questions quantitatives qu'à des questions qualitatives.

L'appui d'autres professionnels, dont un pharmacien industriel et chef de projet ayant une expérience dans la création et l'analyse de questionnaires pour des études qualitatives, a grandement contribué à limiter ce biais.

Biais d'interprétation

Comme expliqué, l'enquêteur n'avait jamais réalisé d'entretiens dans le cadre d'une étude qualitative. L'interprétation des réponses du professionnel de santé a pu être biaisée par son manque d'expérience et le processus naturel d'interprétation interne impliquant des biais cognitifs liés à sa propre expérience et à ses sentiments.

L'étude présente également des points forts.

Les questionnaires étaient conviviaux et permettaient de recueillir rapidement de nombreuses réponses.

Ils offrent également une grande flexibilité dans le choix du moment des réponses pour les professionnels de santé.

Le fait que les questionnaires soient anonymes est un facteur supplémentaire qui a contribué à des réponses plus véridiques. Tous ces facteurs améliorent le confort du répondant et allègent la pression.

L'envoi des questionnaires à des PDS sur toute la France nous a permis d'obtenir un échantillon plus représentatif, d'où la citation des organismes de soutien spécifiques à chaque région dans les réponses aux questionnaires.

Après la création de la feuille de route, des contacts téléphoniques avec des groupes de soutien ont permis la validation par des personnes qualifiées et la résolution de plusieurs questions, créant ainsi la feuille de route la plus fiable possible.

Ouverture

Avec plus de 1 600 MSP en France et plus de 60 % des répondants au questionnaire dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, la MSP est la forme de regroupement la plus répandue. En effet, le regroupement en MSP est plus facile pour les PDS car il est organisé autour d'une patientèle. Cette situation s'oppose à celle des CPTS, dont l'objectif est de coordonner les actions des professionnels de santé sur un territoire et de structurer les parcours de santé. En effet, il existe moins de 600 CPTS en France et 15% de l'échantillon de l'étude appartient à ce type de structure.

(82) Les principales différences entre ces deux types de regroupements sont les suivantes :

	MSP	CPTS
Références réglementaires	CSP L. 1411-11-1	CSP L. 1434-12
Composition	Professionnels de ville (1er et 2ème recours), au moins 2 médecins et un paramédical	Tout acteur de santé (ville, sanitaire, médicosocial)
Statut juridique	Association et/ou Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) pour l'adhésion à l'Accord Cadre Inter Conventionnel (ACI)	Toute forme d'organisation (association Loi 1901 à privilégier)
Territoire	Correspond à celui de la patientèle des professionnels de santé de la MSP (approche patientèle)	Correspond à celui de la population ciblée (approche populationnelle)
Objectifs	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire, privilégier l'organisation des soins de proximité du patient	Répondre à un ou plusieurs besoins identifiés sur le territoire, privilégier l'organisation des parcours du patient
projet de santé	Obligatoire. Fixe les modalités de coordination et les actions à mener. Pour les maisons et centres, leur projet s'impose à leurs membres.	Obligatoire. Fixe le territoire, les modalités de travail pluri partenarial et les actions à mener.
Contractant	Contractualisation des MSP labellisées par l'ARS avec la CPAM et l'ARS dans le cadre de l'ACI	Contrat territorial de santé entre la CPTS et l'ARS qui fixe les engagements réciproques des acteurs

(83)

Compte tenu des distinctions entre les deux types de regroupement, le travail qui a été réalisé pour construire une feuille de route pour une MSP pourrait être étendu aux CPTS.

D'après les réponses des professionnels de santé aux questionnaires, les principaux besoins et difficultés identifiés en matière d'exercice coordonné sont essentiellement des problèmes de clarté et de compréhension concernant les démarches à entreprendre pour créer une structure, les différents types de financement et les organismes de soutien. La feuille de route établie aborde chacun de ces sujets. Avec les équipes qui sont engagées dans la pratique coordonnée, ainsi qu'avec les équipes nouvellement formées, il pourrait être intéressant d'évaluer l'effet et l'utilisation de cette feuille de route. La feuille de route pourrait être améliorée ou de nouveaux outils pourraient être développés en réponse aux remarques des PDS.

Enfin, d'autres entreprises, comme Roche, se lancent sur le marché de l'exercice coordonné, certaines en faisant même leur activité principale. Il pourrait être intéressant de voir s'il est viable de fonder une activité d'entreprise entière sur l'exercice coordonné ?

Conclusion

Malgré la forte volonté politique démontrée par le plan d'action Ma santé 2022, les objectifs fixés n'ont pas été atteints, et les chiffres indiquent une certaine réticence de la part des PDS.

Cette recherche a montré que les PDS qui ne sont pas en exercice coordonné peinent à comprendre les différences entre les structures et ne savent pas par où commencer ni même où trouver l'information. Le manque de temps pour obtenir des informations et le manque de connaissances des PDS n'arrangent pas la situation. Dé-sacraliser la pratique coordonnée et l'aborder avec plus de sérénité peut être facilité par des solutions simples telles que des cartes décrivant les différentes structures de la pratique coordonnée, les diverses sources de financement, les organisations de soutien, et les étapes illustrées pour établir une MSP et mettre en œuvre un projet de santé.

Pour les professionnels de santé déjà engagés dans la pratique coordonnée, les défis ne sont pas moindres. On évoque des difficultés dans les moyens de communication, dans la gestion, dans la compréhension des différents moyens de financement pour y accéder, et même dans la conception des projets de santé à établir. Afin de surmonter ces obstacles, les fonctions de coordination sont essentielles. En effet, le coordinateur se charge de toutes les tâches administratives que les PDS n'ont pas le temps ou l'envie d'effectuer. En comprenant mieux les nombreuses possibilités de financement, ils se rendraient compte qu'ils peuvent facilement payer ce coordinateur et disposer d'un budget largement suffisant pour mettre en place plusieurs projets et acheter une licence pour un logiciel permettant une communication sécurisée entre tous les membres.

La feuille de route élaborée à la suite de ce travail couvre tous ces éléments en profondeur et peut être utile aux PDS qui souhaitent initier l'exercice coordonné ainsi qu'à ceux qui le pratiquent déjà.

Les différentes phases de la création et du déploiement d'une MSP ont été vérifiées et clarifiées grâce au soutien des différents organismes d'accompagnement, comme le montre la feuille de route illustrative d'un projet de santé portant sur la prévention du diabète.

L'étape la plus cruciale, souvent négligée, est la formation d'une équipe soudée et l'établissement de toutes les règles de fonctionnement pour assurer une structure d'équipe durable. Ensuite, un diagnostic de la région doit être réalisé afin de comprendre les enjeux sanitaires du secteur.

Viennent ensuite les démarches administratives, dont la création des statuts, la rédaction et le dépôt du projet de santé qui, une fois validé, permet la reconnaissance de la MSP. Viennent ensuite la mise en œuvre, le suivi et l'optimisation du projet de santé pour assurer la viabilité et l'intérêt de la structure. Enfin, les MSP ont la possibilité de se poser la question d'un projet immobilier.

De nombreux prestataires de services et entreprises se lancent sur le marché de la pratique coordonnée, que ce soit pour fournir de la connectivité, du soutien ou des projets immobiliers.

Ce marché a du potentiel pour l'industrie pharmaceutique car il y a actuellement peu de concurrents et l'exercice coordonné se développe.

Comme nous l'avons vu avec Roche, l'entrée sur ce marché augmente les revenus directs et indirects grâce à la vente de packs de prévention du diabète et de dispositifs médicaux aux nouvelles pharmacies partenaires.

Roche est en mesure de créer une préférence de marque et d'être un pionnier en fournissant un soutien différencié à ces structures d'exercice coordonné.

Version scannée de la conclusion originale signée

THÈSE SOUTENUE PAR : Léa Gherissi

TITRE : Accompagnement des professionnels de santé dans la mise en place et la pérennisation de l'exercice coordonné

CONCLUSION :

La pratique coordonnée est une forme qui permet à de nombreux praticiens de santé de collaborer avec d'autres acteurs de santé sur des projets de soins spécifiques dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et les parcours de soins. En raison de la transition épidémiologique, de l'extension des déserts médicaux, de la dégradation de l'accès aux soins et de la révolution numérique, le gouvernement français a une volonté politique forte de faire de la pratique isolée l'exception et de la pratique coordonnée la nouvelle norme, notamment à travers le plan d'action Ma santé 2022.

Cependant, les objectifs fixés n'ont pas été atteints et les chiffres suggèrent une certaine hésitation de la part des professionnels de santé.

L'objectif de cette étude était de découvrir les causes de la réticence des professionnels de santé à s'engager dans l'exercice coordonné, ainsi que les difficultés rencontrées par ceux qui le font pour établir, suivre et optimiser une structure d'exercice coordonné.

Dans 66 réponses de professionnels de santé, le manque de temps et le manque d'idées pour initier la pratique coordonnée ont été fréquemment cités comme des obstacles. Pour les aider, nous avons élaboré une feuille de route décrivant les différentes phases nécessaires à la mise en place d'une structure d'exercice coordonnée. Pour rendre la feuille de route plus tangible, nous nous sommes placés dans la position de professionnels de santé qui ont sélectionné un projet de santé axé sur la prévention du diabète. Bien évidemment, toutes les idées fournies par les professionnels de santé en exercice coordonné dans leurs réponses au questionnaire et

leurs demandes d'informations sur les organisations de financement et de soutien ont été intégrées dans la feuille de route.

Malgré les nombreux organismes d'accompagnement des professionnels dans l'exercice coordonné, les professionnels de santé se sentent à l'abandon lorsqu'il s'agit de choisir, mettre en place et optimiser un projet de santé. L'industrie pharmaceutique a un rôle à jouer dans l'accompagnement des professionnels de santé précisément à cette étape. Dans cette étude, l'exemple de Roche Diabetes Care a été utilisé afin de représenter l'industrie pharmaceutique. La nouvelle stratégie de Roche Diabète repose sur la création de valeur, qui consiste à offrir un service complet et distinctif en soutenant les professionnels de santé en pratique coordonnée et, en particulier, sur les initiatives de santé entourant la prévention du diabète. La viabilité de cette stratégie a été évaluée à l'aide d'une analyse financière et d'une étude de marché.

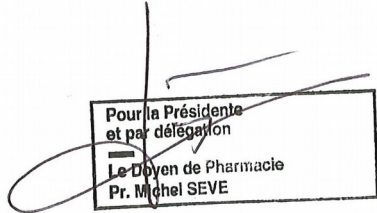
En raison de la croissance et du vieillissement de la population, le marché des produits liés au diabète est durable. De plus, l'environnement politique, économique et social est extrêmement favorable à la pratique coordonnée. Afin d'acquérir un avantage financier sur un marché comptant peu de concurrents, nous conseillons à Roche Diabetes Care de tout mettre en œuvre pour entrer sur le marché de la pratique coordonnée le plus tôt possible. En outre, le portefeuille de Roche comprend un pack de prévention diabète qui, lorsqu'il est associé à la feuille de route et au soutien des forces de vente aux professionnels de santé, permet à l'entreprise de se rapprocher des structures de pratique coordonnée.

Compte tenu des défis financiers auxquels Roche est confrontée, il serait judicieux que l'entreprise saisisse l'occasion de créer de la valeur, d'améliorer son image de marque, d'accroître sa part de marché et d'obtenir un solide retour sur investissement en entrant sur le marché de l'exercice coordonné.

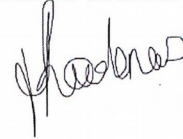
VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 22/05/23

Le doyen:


Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SEVE

Le directeur de thèse:



Marina Rodenas

Le tuteur universitaire:



Jerome Combe

Bibliographie

1. Discours sur la transformation du système de santé “Prendre soin de chacun” du Président de la République, Emmanuel Macron [Internet]. elysee.fr. 2018 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>
2. L'exercice coordonné entre professionnels de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000ac50d9d26f5ee2da6c7cd784fc64db99b11ca02282fbbf7befb045f3d0bf04c2087fbe8fb6143000160a6b7bf9945cf13a1e65fab352003514af3e653aa16d56bf697eb3a59861c409b0dae402e017b427ca46a1cbf714e
3. ESP, CPTS, MSP, CDS : les différentes formes d'exercice coordonné - MG France [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.mgfrance.org/les-modes-d-exercice/exercice-regroupe/2301-esp-cpts-msp-cds-les-differentes-formes-d-exercice-coordonne>
4. Wilcke C, Sergent S. Coordination du parcours de soins, la place du pharmacien. *Actual Pharm.* 2019 Dec 1;58(591):20–3.
5. CPTS, MSP et ESP : comment les collectifs de soins redessinent la médecine de ville [Internet]. *Les Echos Etudes.* [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://www.lesechos-etudes.fr/boutique/cpts-msp-esp-collectif-soins-medecine-ville-799>
6. diapo_cpts.pdf [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://conseilgd.ordre.medecin.fr/sites/default/files/domain-460/34368/diapo_cpts.pdf

7. Pharmacien correspondant : le dispositif entre en application - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Pharmacien-correspondant-le-dispositif-entre-en-application>
8. Santé - Créer un collectif de soins au service des patient.pdf [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
9. Assistant médical, un métier qui a le vent en poupe [Internet]. <https://www.lamedicale.fr/>. 2022 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.lamedicale.fr/vous-informer/assistant-medical-un-metier-qui-a-le-vent-en-poupe>
10. xerfi. Les pharmacies [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: https://www.xerfi.com/presentationetude/Les-pharmacies_22DIS34
11. Le diabète en France : les chiffres 2020 [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/le-diabete-en-france-les-chiffres-2020>
12. Pathologies — Data pathologies [Internet]. [cited 2022 Jul 21]. Available from: https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Diab%C3%A8te
13. Diabète - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
14. Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? | Cairn.info [Internet]. [cited 2022 Jun 19]. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-7.htm?contenu=resume>
15. Sebai J. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*. 2016;28(2):223–34.
16. L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale | Cairn.info [Internet]. [cited 2022 Jun 19]. Available from: <https://www.cairn.info/revue-gestion-2000-2015-6-page-17.htm#s2n1>

17. Benefits and Challenges of the Patient-Centered Medical Home [Internet]. [cited 2022 Jun 19].
Available from: <https://healthitanalytics.com/news/benefits-challenges-patient-centered-medical-home/>
18. The Patient-Centered Medical Home: An Essential Destination on the Road to Reform - PMC [Internet]. [cited 2022 Jun 19]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4106584/>
19. Patient-Centered Medical Home Benefits Payers, Providers, Patients [Internet]. [cited 2022 Jun 19]. Available from: <https://healthpayerintelligence.com/news/patient-centered-medical-home-benefits-payers-providers-patients>
20. Haas P de. Monter et faire vivre une maison de santé. LE COUDRIER; 2016. 17 p.
21. Office Santé : Construction cabinet médical, création maison de santé [Internet]. Office Santé. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.officesante.com/>
22. Docteur House – Création maison de santé, centres de santé et CPTS [Internet]. Docteur House. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.docteur-house.fr/>
23. Medaviz : Téléconsultation médicale pour les médecins et leurs patients [Internet]. Medaviz. [cited 2022 Oct 18]. Available from: <https://www.medaviz.com/>
24. Entreprise - Page d'accueil - Portail Chorus Pro [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from:
https://portail.chorus-pro.gouv.fr/aife_csm/?id=aife_index
25. Informatique AXN. MLM : premier logiciel 100% web en gestion de cabinet médical ou MSP [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from:
<https://www.cegedim-logiciels.com/nos-produits/nos-logiciels-cabinet-et-exercice-mixte/8-mlm--premier-logiciel-100-web-en-gestion-de-cabinet-medical-ou-msp.html>
26. 48H CHRONO de MEDIN + : Coordination & accès soins non programmés CPTS [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.medinplus.com/coordination-acces-soin>

27. DMP : Dossier Médical Partagé [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from:
<https://www.dmp.fr/>
28. Le DMP en pratique [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
29. Weda : Votre Logiciel Médical en Ligne. [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from:
<https://weda.fr/>
30. Le dossier communicant [Internet]. Le dossier communicant. [cited 2022 Oct 27]. Available from:
<http://www.globule.net>
31. Plexus Santé - Plateforme de coordination MSP & CPTS [Internet]. Plexus Santé. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://plexus-sante.fr/>
32. HelloAsso, la plateforme qui connecte les projets et activités associatifs aux Français ! [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.helloasso.com/>
33. Le Logiciel de Gestion d'Association qui vous Simplifie la Vie | AssoConnect [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.assoconnect.com/>
34. Organisez l'exercice coordonné de votre MSP avec Doctolib Pro [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://info.doctolib.fr/msp/>
35. Accueil [Internet]. inzee.care. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.inzee.care/>
36. Blaise L, Evain A, Fredj K, Hainaut G, Jaouen M, Lefebvre L, et al. LA PLACE DES ELUS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE PROJETS DE MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES (MSP) : DECIDEURS OU FACILITATEURS ? 2017;75.
37. Doctolib Team | Communiquez entre praticiens en toute sécurité [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://info.doctolib.fr/doctolib-team/>
38. Comment créer une MSP ? Identifier, coordonner, administrer, budgétiser, définir le “travailler ensemble”... | APMSL [Internet]. [cited 2022 Oct 27]. Available from:
<https://www.apmsl.fr/page/comment-creer-une-msp/>

39. HelloAsso. Une solution de gestion pour associations 100% gratuite et en ligne [Internet].
HelloAsso. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://www.helloasso.com/associations>
40. Team AC. What is a Project Kickoff Meeting? | Adobe Workfront [Internet]. [cited 2022 Oct 27].
Available from: <https://business.adobe.com/blog/basics/project-kickoff-meeting>
41. Charte d'engagement - MSP de la plaine.Contres [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from:
<https://sites.google.com/site/mspdelaplainecontres/home/charte-d-engagement>
42. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from:
https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&report=r01
43. Dossier complet – Commune de Grenoble (38185) | Insee [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available
from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-38185#graphique-POP_G2
44. REZONE - Médecins [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <http://rezone.ameli.fr/rezone/>
45. Grenoble : une population immigrée en hausse et qui se concentre au sud [Internet]. [cited 2022
Nov 4]. Available from: <https://www.placegrenet.fr/2021/12/09/grenoble-une-population-immigree-qui-augmente-et-se-concentre-dans-les-quartiers-sud-selon-linsee/552298>
46. DGS_Année.M, DGS_Année.M. Diabète [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022
[cited 2022 Oct 29]. Available from:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/diabete>
47. En France, les migrants et immigrés sont surexposés au diabète [Internet]. InfoMigrants. 2019
[cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.infomigrants.net/fr/post/17104/en-france-les-migrants-et-immigres-sont-surexposes-au-diabete>
48. Legalstart.fr | Création et gestion d'entreprise, dépôt de marque, recouvrement [Internet]. [cited
2022 Oct 29]. Available from: https://www.legalstart.fr/?ls_campaign=467818576&ls_content=24874526416&ls_term=legalstart

49. Créer une association en 2022 : tout ce qu'il faut savoir [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.legalstart.fr/fiches-pratiques/association/comment-creer-une-association-loi-1901-les-etapes-a-suivre/>
50. Tout savoir sur l'Association Loi 1901, en 1 minute [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=WFdCHkYei5k>
51. Goldstein S. Une association loi 1901 peut-elle réaliser des bénéfices ? [Internet]. LegalPlace. 2019 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.legalplace.fr/guides/association-loi-1901-benefice/>
52. Comment créer une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) ? [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.femasif.fr/structure-juridique-sisa/>
53. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) [Internet]. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.femas-hdf.fr/sisa/>
54. MACSF.fr. L'essentiel sur la SISA - MACSF [Internet]. MACSF.fr. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.macsf.fr/exercice-liberal/exercer-en-groupe/l-essentiel-sur-la-sisa>
55. Le projet de santé [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.femasif.fr/le-projet-de-sante/>
56. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929923/2016-01-28
57. Trame-projet-sante.pdf [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.bretagne.paps.sante.fr/system/files/2019-10/Trame-projet-sante.pdf>
58. trame_type_projet_santé_MSP_V2_2015_08_26.pdf [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/trame_type_projet_sant%C3%A9_MSP_V2_2015_08_26.pdf

59. Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032967712/>
60. Connaissez-vous le test de Findrisc ? – My Easy Sante [Internet]. [cited 2022 Nov 4]. Available from: <https://myeasysante.fr/news/connaissez-vous-le-test-de-findrisc/>
61. La Semaine Nationale de Prévention du diabète ... | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/actions/semaine-nationale-de-prevention>
62. L'HbA1c ou hémoglobine glyquée | Fédération Française des Diabétiques [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/glycemie/hba1c>
63. Historique de l'ACI et des NMR [Internet]. Acoorde. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.acoorde.fr/documents/aci-nmr/>
64. Les modes de rémunération d'une MSP : adhésion à l'ACI, financements divers... | APMSL [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.apmsl.fr/page/les-modes-de-remuneration-d-une-msp/>
65. TALBOT R. L'ACI : accord conventionnel interprofessionnel – Fédération des Médecins de France [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.fmfpro.org/l-aci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>
66. Le fonds d'intervention régional [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-d-intervention-regional>
67. Être accompagné dans la création et le fonctionnement d'une MSP [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/etre-accompagne-dans-la-creation-et-le-fonctionnement-dune-msp-2>

68. Quelles sont les aides disponibles pour financer les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ? - Crédit Agricole [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.credit-agricole.fr/professionnel/conseils/magazine/tout-un-mag/quelles-sont-les-aides-disponibles-pour-financer-les-msp-et-les-cpts.html>
69. Le FIR, qu'est-ce ? [Internet]. Acoorde. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.acoorde.fr/documents/le-fir-quest-ce/>
70. Expérimenter et innover pour mieux soigner : bilan du dispositif de l'article 51 de la LFSS 2018 [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-01-14-dp-bilan-dispositif-article-51-lfss-2018>
71. Article 51 : un dispositif pour favoriser l'innovation en santé [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.paca.ars.sante.fr/article-51-un-dispositif-pour-favoriser-linnovation-en-sante>
72. La Rosp [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.ameli.fr/isere/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
73. Pas d'exercice coordonné, pas de forfait structure : "les médecins risquent de déplaquer" [Internet]. egora.fr. 2022 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/73224-pas-d-exercice-coordonne-pas-de-forfait-structure-les-medecins-risquent>
74. Médecins : déclarez votre ROSP jusqu'au 31 janvier 2022 | Paymed [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.paymed.pro/ROSP-medecin-2021>
75. Financer ses projets grâce au mécénat [Internet]. La Gazette des Communes. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.lagazettedescommunes.com/818978/financer-ses-projets-grace-au-mecenat/>

76. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
77. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.urpsml-hdf.fr/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante/>
78. Accueil - Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire | APMSL [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.apmsl.fr/>
79. Campagne de dépistage du diabète par les pharmaciens d'officine [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/campagne-de-depistage-du-diabete-par-les-pharmaciens-dofficine>
80. Montestdiabete.fr - En France, 820 000 personnes... [Internet]. Montestdiabete. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.montestdiabete.fr/>
81. 700 000 français ignorent qu'ils sont diabétiques | Mutualia [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.mutualia.fr/particulier/actu/sante-et-prevoyance/news/700-000-francais-ignorent-quils-sont-diabetiques>
82. Qu'est-ce qu'une MSP ? Quelles différences avec une CPTS ? - Crédit Agricole [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.credit-agricole.fr/professionnel/conseils/magazine/tout-un-mag/qu-est-ce-qu-une-msp-quelles-differences-avec-une-cpts.html>
83. URPS-ML-MSP-Guide-pratique-MASTER-images-compressées.pdf [Internet]. [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/04/URPS-ML-MSP-Guide-pratique-MASTER-images-compress%C3%A9es.pdf>

Annexe

liste des annexes :

Appel avec la CPAM

Appel à la FEMAS

Appel à l'ARS

Appel à l'UTEP

Appel à la Maison Médicis

Appel avec la CPAM:

-Bonjour, je vous remercie déjà d'avoir accepté le point, c'est super gentil.

-Bonjour, désolé pour les contretemps informatiques du coup c'est Christophe que vous avez rencontré ?

-Exactement

- Christophe est rattaché au service dans lequel je travaille, lui est notamment sur tout ce qui est e-santé les MSP etc. La mission de notre service c'est vraiment d'accompagner l'émergence et puis après de suivre les structures d'exercice coordonné que ce soient les centres de santé les maisons de santé pluriprofessionnelle ou les CPTS. Après je ne sais pas ce qu'est le sujet de votre thèse ?

-C'est clairement ce que vous venez de dire en fait c'est comment accompagner les pros de santé dans l'exercice coordonné et puis maintenir une pérennité de celui-ci.

-okay c'est bien alors j'ai repris votre mail avec les questions que vous posiez dedans vous voulez qu'on les lise point par point et vous me dites si vous en avez d'autres par la suite ?

-pas de souci oui ça me va très bien.

-Alors première question c'est comment la CPAM accompagne les professionnels de santé qui souhaitent se lancer dans l'exercice coordonné ? Ben tout dépend du type de structure déjà.

- pour une MSP par exemple ?

-pour une MSP alors on est sollicité et à ce moment-là on va dispenser de l'information que ce soit comment on fait pour créer une MSP, comment se passe la rédaction d'un projet de santé et qu'est-ce qu'on attend d'un projet de santé, comment on fait pour fédérer les professionnels de santé de sa commune ou de sa zone, quelles sont les attentes de de l'ARS pour valider le projet de santé et ensuite une fois que le projet de santé est validé, présenter tout ce qui est offre conventionnelle donc le contrat ACI qui permet en contrepartie d'atteinte d'indicateurs, d'avoir un financement pérenne et donc on propose dans un 2nd temps une présentation détaillée des indicateurs de l'ACI, on les prend un par un donc d'abord les socles après les optionnels dans le but que les équipes puissent déjà s'approprier les indicateurs du contrat et voir si ça correspond au projet qu'ils vont mener et surtout aussi ça permet de poser un petit peu les choses, parce que même si on essaie d'être dans une dimension beaucoup plus d'accompagnement on a toujours cette image de tutelle un peu "assurance maladie" qui fait que il y a quand même une bonne partie des professionnels de santé plutôt des anciens que des jeunes qui disent que il y a une relation entre assurance maladie et argent donc forcément on va changer ma manière de travailler, on va m'imposer plein de choses et du coup ça permet vraiment d'être dans un échange. Expliquer que finalement on n'est pas obligé de tout faire dans le contrat et le socle qui permet d'avoir la rémunération quelque part quand on s'inscrit dans une démarche de travailler en équipe on y est presque.

Ensuite quand les équipes décident réellement de se lancer dans l'écriture du projet, on est un petit peu à la carte, vous avez des équipes qui ne veulent pas avoir affaire aux institutions et qui déposent un projet à l'ARS tout seul par contre nous on se tient à disposition parce qu'on a des outils de diagnostics pour faire des diagnostics de territoire. Parce que dans tous les projets on commence par l'analyse des besoins de la population ; est ce que la population est jeune, est-ce qu'elle est âgée, est-ce que j'ai beaucoup de pathologies, si j'en ai beaucoup lesquels, parce que forcément si on a beaucoup d'enfants et très peu de personnes âgées on ne va peut-être pas s'investir dans les mêmes versants que si on a beaucoup de maintien à domicile et qu'on n'a quasi pas d'enfants. Aussi dans les zones urbaines et rurales les besoins ne sont pas les mêmes, voilà je ne sais pas si vous connaissez un petit peu les outils de diagnostic comme cartosanté?

-moi j'avais fait une trame en citant quelques outils pour trouver des informations environnementales, populationnelles ou encore démographique mais celui-ci je ne l'ai pas cité.

-D'accord sinon vous avez aussi rezone qui fait tout un diagnostic, je sais pas si vous connaissez cet outil?

- j'ai entendu parler de celui-ci oui.

- il est accessible au grand public donc vous pouvez y aller et vous pouvez essayer une commune et ça vous sort une analyse détaillée mais il est relativement complexe dans les milieux ruraux ça marche un peu moins parce que si vous avez moins de 50 patients consommant par commune, la commune est neutralisée. En zones urbaines ça marche très bien ça vous sort tout d'abord une analyse populationnelle donc les répartitions par tranche d'âge, une analyse de la précarité donc les taux de CMU, d'AME, le taux de prévalence des pathologies donc vous avez les pathologies les

plus présentes classées dans un top five et puis après vous avez les données de recours à la prévention, donc combien de pourcentage d'enfants qui font leurs soins dentaires, le pourcentage de femmes qui font leurs frottis, le pourcentage d'hommes qui font leur dépistage des cancers colorectaux etc..

Après la rencontre je vous enverrai des exemples si vous le souhaitez !

Et puis cartosanté c'est plus pour faire de l'analyse de flux et de consommation des soins par exemple pour savoir si la population d'une zone rurale va plus vers des communes au nord ou sud. Ça permet de voir les offres de soins pour la médecine générale, pour ce qui est paramédical donc les infirmiers les kinés et vous avez le même site qui marche aussi pour tout ce qui est des groupements hospitaliers pour savoir dans quel hôpital vont se faire soigner les gens en priorité donc voilà on fonctionne beaucoup avec cet outil et on aide les équipes en leur fournissant le diagnostic de territoire, pour celles qui le souhaitent et qui le demandent bien sûr au moins elles ont plus qu'à le remettre en forme.

-D'accord parce que j'avais vu pour le diagnostic du territoire qu'il fallait les données socio-économiques, démographiques, il fallait aussi des données populationnelles, un recensement de l'offre de soins et moi j'ai cité l'Insee par exemple comme source.

-Alors oui y a l'Insee aussi mais les outils comme cartosanté et rezone sont vraiment accessibles à tout le monde et c'est mis à jour 2 fois par an et ça vous donne plein de données que ce soit populationnel épidémiologiques qui sont quand même intéressantes et après vous pouvez faire une analyse un peu plus fine des points de ruptures constatés. Par exemple, voilà chez nous on sait il n'y a pas d'ophtalmologue avant 50 km et du coup on a un gros souci pour les personnes âgées en manque d'autonomie qui ne peuvent pas se déplacer pour tout ce qui est dépistage des rétinopathies diabétique ou alors juste un contrôle de la vision donc après il peut y avoir une analyse faite par les professionnels de santé en fonction des constats qu'ils font eux-mêmes.

Mais c'est vrai qu'après tout ce qui est épidémie et populationnel forcément il faut des outils pour le faire mais je vous enverrai des liens vous pourrez les regarder. Ce n'est pas révolutionnaire mais c'est assez simple d'utilisation et c'est ce que préfèrent les professionnels de santé. Parce que nous on y est confronté chaque jour, par exemple on nous dit "nous on est médecin, on n'est pas porteur de projet enfin on n'est pas dans l'administratif" et du coup dès que ça devient trop complexe, ça décourage vachement les gens.

Puis après toute la 2^{de} partie du produit de la rédaction c'est ce que vous vous aviez en tête. c'est décrire comment va se structurer la gouvernance, est ce qu'on va créer une association, une ssa, un statut juridique donc pour porter cette maison de santé et après sur quelle thématique on souhaite travailler, comment on compte ouvrir, est-ce qu'on compte être accessible avec des grandes amplitudes ou des faibles amplitudes, est-ce qu'on compte fermer la structure dans l'année etc. Donc vous avez toutes ces données de mode de fonctionnement et après vous avez toutes les données sur quelle personne va travailler donc quand on prend les pathologies les plus courantes, est ce qu'on préfère en première année travailler peut-être plus sûr le diabète et puis à partir de la 4^e année on fera les gens qui prennent des AVK par exemple. En prévention, est ce qu'on va préférer le sevrage tabagique, ou alors l'amélioration de la couverture vaccinale etc...

Et ça c'est propre à chaque équipe donc c'est pour ça que pour nous c'est important que le projet de santé soit rédigé par des équipes parce que c'est elles qui vont faire ce travail et en fonction de la composition des équipes déjà ça peut être différent. Avec des équipes qui ont que des médecins et des infirmiers, ce n'est pas pareil que si vous avez des orthoptistes, des podologues peut-être qu'on va faire un truc sur le diabète parce que vous avez un podologue pour les pieds de diabétique, alors que des équipes qui n'ont pas ce type de professionnel de santé, ça ne va pas les intéresser forcément. Vous avez des équipes qui sont plus dans le maintien à domicile des personnes âgées, vous en avez qui sont plus sur la petite enfance etc

Je ne sais pas si ça vous l'avez constaté mais l'exercice coordonné a le vent en poupe et il y a de plus en plus de société privée vu que les professionnels de santé ne sont pas dans la gestion de projet. Il y a des équipes qui préfèrent payer un prestataire pour rédiger le projet de santé sauf qu'il faut quand même s'assurer que ça correspond aux volontés des équipes parce qu'ils peuvent écrire un projet mais qui ne va pas correspondre ou qu'on ne va pas arriver à s'approprier complètement.

-Justement j'ai envoyé des questionnaires à des pros de santé et j'ai eu 60 retours à peu près là c'est un truc qui est ressorti on m'a dit bon le projet de santé ça fait peur en fait à rédiger parce que comme vous l'avez dit, ils ne sont pas administratifs. Après même si c'est compliqué c'est justement à ce moment-là qu'il faut apprendre à travailler ensemble et s'organiser pour trouver le temps de travailler ensemble et tout. Et puis c'est quand même la base ce projet de santé. Il y en a plein qui m'ont dit qu'ils faisaient appel à des prestataires privés mais...

- Oui parce qu'en fait lorsque l'ARS labélise votre projet de santé, vous avez le droit à une aide au démarrage. Alors pour les MSP, il y a des postes de dépenses, mais vous pouvez financer l'écriture du projet de santé également.

- j'ai vu ça oui d'ailleurs ça m'a étonné avec l'ACI ce n'est pas comme ça ?

-Non l'ACI non. Là c'est un financement différent qui vient en amont de l'ACI à partir du moment où vous déposez votre projet de santé et que l'ARS le valide vous avez le droit à une aide au démarrage au titre du Fonds d'intervention régionale qui peuvent aller jusqu'à 50000€. On ne peut pas en faire n'importe quoi, il y a des postes de dépenses. Ça peut servir si jamais vous avez une construction immobilière pour accueillir l'équipe et équiper une salle d'urgence, à équiper les parties communes, ça peut servir puisque la MSP est tenue d'avoir un système d'information commun, à

payer la mise en place du système d'information. Ça peut financer également quelques mois d'un salaire de coordination pour que l'équipe puisse se mettre en route et vous avez tout ce temps passé pour l'écriture du projet de santé qui peut également être financé à ce titre-là et donc vous avez des prestataires qui font des contrats de mission qui sont payés qu'à aboutissement du projet et donc dès que l'équipe touche la rémunération, le prestataire facture et sur facture l'ARS débloque de l'argent.

-Et ce fond FIR c'est le seul fond qu'on peut avoir avant d'avoir rédigé le projet en totalité ?

- non parce qu'il est versé à validation du projet de santé donc il faut qu'il soit rédigé et validé. Oui c'est le seul fond parce que vous avez d'autres mais qui sont pour si vous faites un bâtiment pour un projet immobilier, qui sont versés par le Conseil départemental et par la préfecture.

-non je demandais ça parce que j'avais vu, je sais plus quel site, qu'il y avait une aide financière pour pouvoir rédiger le projet de santé, je me suis dit mais comment on va donner une aide alors qu'on n'a pas encore rédigé de projet de santé ?

- alors ça c'était dans le cadre des CPTS, c'est différent parce que les CPTS, elles doivent faire valider 2 documents ; un pré projet et un projet. Quand on valide le pré projet, y a une petite aide pour arriver jusqu'au projet. Mais dans les MSP ça ne se voit pas . Et pour les CPTS l'aide est de 15000€, elle n'est pas de 50000€ elle est beaucoup plus faible.

-après il y a une part des professionnels de santé qui se tourne vers les institutions mais il faut savoir que l'ARS fournit une trame. Si vous ne savez pas ce que c'est un projet de santé, vous prenez la trame vous répondez à toutes les lignes, vous remettez un peu en forme et vous êtes sûr d'avoir abordé tous les sujets.

- Oui justement, pour ma thèse, j'ai trouvé une trame de l'ARS et j'ai repris tout en disant ce qu'il fallait écrire et une fois que j'ai vu ça je me suis dit que ce n'était pas compliqué le projet de santé.

-non ce n'est pas compliqué, comme je vous dis le diagnostic du territoire sort tel quel de l'outil informatique, vous faites des screenshots avec les graphiques et vous légendez en dessous sincèrement avec un peu de copier-coller et de remise en forme vous avez toute la partie diagnostic qui est faite donc ça vous enlève déjà la moitié du projet. Après je ne dis pas que c'est non plus indolore et que ça se fait comme ça, oui ça nécessite d'y passer du temps, oui après pour la 2nde partie il faut de la réflexion pour savoir comment on va travailler en équipe. Il faut se mettre autour d'une table à plusieurs donc ça va vous demander des réunions mais ce n'est pas non plus cent heures de travail.

-C'est sûr que je me dis qu'il faut quand même faire l'effort au départ parce que si on ne fait pas l'effort de se réunir dès le début mais comment on va faire pour travailler ensemble, si on n'a pas le temps pour le début alors on n'aura pas le temps pour la suite.

- je ne sais pas si vous savez et ce n'est pas pareil dans tous les départements mais nous en Isère, il y a la fédération des maisons de santé.

-La FEMASAURA ?

-oui, elle est hyper présente ! et nous on essaye autant que faire se peut de mener des réunions tous ensemble, donc il y a moi pour la CPAM, Nathalie Borel pour l'ARS et soit Fabienne Grimaud qui est la coordinatrice territoriale soit elle envoie un facilitateur et parfois on visite les structures tous les 4. Au moins on arrive chacun avec nos versants institutionnels et la FEMAS a un point de vue qui est beaucoup plus de terrain et qui est beaucoup plus parlant à des professionnels de santé parce

qu'ils se parlent entre pairs et qu'ils sont beaucoup plus écoutés et puis ils ont les arguments qui vont être autres que les nôtres.

-Oui Fabienne Grimaud je l'ai eu au téléphone. Elle est très gentille et très passionnée.

-Oui et puis vous avez pas mal de facilitateurs de la fédé sincèrement c'est des gens qui travaillent souvent en MSP et CPTS et qui ont l'habitude de l'exercice coordonné et qui sont convaincus de la plus-value de celui-ci. Mais eux c'est pareil, ils ne vont pas rédiger le projet de santé à la place des professionnels mais il propose des facilitations sur plein de thématiques, comment on monte les statuts d'une ssa, comment on met en route l'équipe une fois qu'on a signé les contrats et vous avez plein de thématiques comme ça d'accompagnement qui permettent de se mettre en route qui ne sont pas payantes qui sont faites par des gens qui savent et qui connaissent leur métier. Et ça c'est super important. Madame grimaud, elle intervient sur 4 départements en fait elle fait Drôme, Isère, Savoie et Ardèche normalement.

La fédération a aussi un partenariat avec des expert-comptable et des avocats pour tout ce qui est justement rédaction des statuts donc c'est super et parfois il est moins cher d'adhérer à la fédération et d'avoir les services gratuitement d'un comptable que de les payer soit même. Et puis le règlement intérieur c'est quelque chose qu'il faut assez déclarer donc faire appel à un expert permet d'être sûr et pour que le jour où il y a des soucis dans une équipe qu'on puisse rentrer sortir aisément et être chacun protéger aussi en cas de difficulté.

-D'ailleurs vous me fait penser, je sais qu'au départ on est association loi 1901 ensuite on devient SISA et à quel moment on est à MSP ?

-La MSP ça va être du moment où l'ARS valide votre projet de santé.

-donc on est automatiquement reconnu MSP?

- vous êtes reconnu comme une MSP parce que le fait qu'on vous labellise veut dire que vous répondez au cahier des charges.

-D'accord donc si les équipes n'ont pas envie d'être SISA, elles peuvent juste avoir leur statut associatif loi 1901 mais elles ne touchent pas les 50000€ de l'ARS d'aide au démarrage.

-Sauf que après voilà ceux qui vous disent qu'ils n'ont pas le temps et Ben oui mais être en SISA et avoir des rémunérations ça permet parfois de rémunérer quelqu'un qui coordonne tout ça, qui va organiser les réunions, qui va faire les comptes rendus, qui va faire le lien avec les institutions, ça permet aussi de rémunérer son temps de réunion si tu prends 2h de consultation pour travailler sur un protocole de soins et Ben via les rémunérations , on va te dédommager de ton temps perdu ou de l'argent que tu n'as pas eu en consultation et du coup ça permet de valoriser financièrement tout ce qui est fait en dehors et qui est très administratif. Dans un sens c'est quand même reconnaître ce travail aussi puisqu'on peut le rémunérer. Après nous la rémunération qu'on verse, elle est libre à chaque équipe de l'utiliser comme elle le souhaite, si on a envie d'équiper sa salle de pause ou de réunion commune on peut, si on a envie d'indemniser les professionnels de santé on peut si on a envie de payer une personne pour faire des actions de prévention on peut, enfin nous on verse et après on ne regarde ce qui est fait de cet argent.

-ça c'est super intéressant parce que j'ai eu un des retours qui me disait "c'est un peu embêtant les financements sont beaucoup trop faibles et en fait on est obligé de ralentir la dynamique et puis les gens qui s'investissent beaucoup plus que les autres n'ont pas d'avantages" et je pense que ça devait faire partie d'une équipe qui n'était pas aller jusqu'au bout en termes de financement parce que

quand je vois tous les financements, il y a quand même beaucoup de financements, on devrait s'en sortir.

-alors c'est vrai que l'ACI parfois il se peut que le montant de la rémunération soit limité, c'est vrai que le système d'information commun, l'abonnement est assez cher, ça arrive aussi de prendre quelqu'un pour la coordination ça coûte aussi. Après il faut savoir bien calibrer les choses, si on est une structure qu'on est des associés on n'a pas forcément besoin d'un bâtiment complet pour coordonner la structure et puis après voilà chacun fait le choix, s'il y a des professionnels de santé qui préfèrent dire "bah écoute moi je préfère garder 2h mon temps, je vais faire la coordination moi-même bénévolement et ça nous permet de garder le budget pour faire autre chose" c'est une très bonne chose aussi, après c'est sûr que les financements qu'on verse aux professionnels de santé c'est jamais suffisant pour eux.

Après vous savez maintenant que c'est un sujet très politique l'accès aux soins. Il y a de plus en plus d'élus qui sont mordus du sujet parce que c'est devenu comme avoir des écoles dans sa commune. Le médecin généraliste qui vous a accepté rapidement c'est devenu un critère d'attractivité et du coup vous avez plein de collectivités territoriales qui se mettent partie prenante de ces structures et qui disent bon bah voilà je vais vous construire des locaux que je vais vous louer à bas prix et au moins les professionnels de santé achètent leur cabinet moins cher. Alors toutes les communes ne font pas ça, vous avez des communes qui ferment complètement la porte mais vous avez aussi des communes qui sont très facilitantes qui donnent une subvention parfois donc ce n'est pas des montants astronomiques mais il y a à chercher de ce côté-là aussi.

Parfois, on voit naître des projets et on n'a pas eu connaissance avant. C'est dommage mais ce qu'il faut retenir c'est que les gens qui nous sollicitent pour avoir de l'aide, on les aide dans la mesure de nos moyens. Il y a plein de données qu'on peut fournir même s'il y a certaines données qu'on ne

peut pas fournir par exemple ; on n'a pas le droit de donner les listes de de praticiens sur un territoire. il y en a plein que ça intéresse pour pouvoir contacter les confrères mais nous on a une forme de Secret professionnel qui fait qu'on ne peut pas donc on est obligé de renvoyer les gens sur l'annuaire des choses comme ça.

Voilà après pour tout ce qui est des financements quand on est en MSP, on reste libéral donc on a toute la tarification à l'acte, on a le droit à tous les financements auxquels à droit un professionnel de santé isolé lambda. Et nous pour tout ce qui est MSP et le financement c'est tout ce qui est relatif à l'ACI.

Vous avez vu qu'il y a un avenant 1 à l'ACI? Vous, vous êtes très centré MSP?

-Oui parce que je me suis dit que si je faisais une thèse sur tout, c'est trop compliqué et puis MSP c'est la bonne échelle pour les professionnelles de santé.

-Oui la CPTS ça fait plus peur. La MSP c'est la bonne échelle , on est dans une taille encore humaine qui correspond mieux. Et donc par rapport à l'ACI il y a un avenant vous l'avez vu?

- non je ne l'ai pas vu .

-en fait il rajoute des missions où il revalorise des missions et c'est vrai qu'on se rapproche de la CPTS parce qu'on rajoute une mission de crise sanitaire. Ca permet aux MSP d'avoir des financements si elles font une trame rédigée d'organisation en cas de survenue de crise mais c'est pas que le COVID, ça peut être une canicule, ça peut être un risque chimique voilà il y aura des financements complémentaires si un jour il y' a une crise caractérisée par l'ARS. Vous avez la fonction coordination qui est revalorisée on met un peu plus de points dessus et après je sais pas si vous avez entendu parler de des infirmiers et infirmières en pratique avancée?

-Oui les IPA?

-Les IPA c'est ça, elles sont soit libérales soit salariées et en fait en libéral elle veulent pas trop s'installer en général parce que là tarification, elles estiment que la rémunération elle n'est pas assez conséquente et du coup nous si jamais la MSP souhaite salarier une IPA, on donne des aides démarrage . Et si vous en salariez une, on revalorise aussi certains indicateurs c'est à dire que vous avez un indicateur par exemple qui va vous faire 200 points de manière classique et si jamais vous avez une IPA dans notre MSP ca va faire 300 points. Là où on se rapproche aussi de la CPTS, c'est qu'il y a un parcours "insuffisance cardiaque" qui est porté par l'assurance maladie parce que c'est un enjeu de santé publique également. On parle de diabète, des cancers, on parle d'insuffisance cardiaque qui a une mortalité très élevée et mal diagnostiquer très souvent et du coup y a toute une campagne qui était portée et ça peut être envers les CPTS pour qu'elles s'investissent dans la détection précoce, la prise en charge curative, la prévention des hospitalisations etc. Et du coup si la MSP contribue au travail sur cet aspect, on peut accorder des points supplémentaires.

- Dans le cadre de l'ACI?

-Tout à fait. Vous avez aussi si on désigne un référent qualité et qu'il soulève des points de rupture ça vous crée un premier pallier de rémunérations, si jamais on fait des groupes de travail pour chercher des leviers pour pallier au point de rupture ça serait un 2e palier et si jamais on a mis en place des mesures pour pallier au point de rupture ça vous fait un 3e palier de rémunération. D'ailleurs vous savez maintenant ce qui est très à la mode c'est le patient partenaire ou les associations d'usagers même dans le soin ça devient quelque chose qui est très préconisé et dans les CPTS on voit beaucoup d'associations d'usagers ou des patients référents par exemple. Si jamais

vous intégrez dans votre réflexion de travail des patients et Ben ça peut vous faire une rémunération complémentaire aussi.

-Génial en plus vraiment je trouve que d'intégrer des patients c'est quelque chose de très bien.

Justement parce qu'ils ont un autre point de vue, différent de celui des professionnels de santé.

-Ca a sa plus-value c'est certain.

Du coup pour reprendre vos questions donc pour les médecins et les infirmiers du coup ils sont payés à l'acte donc c'est comme d'habitude. Et pour les pharmaciens c'est pareil aussi, le pharmacien est payé comme s'il avait une pharmacie qui n'est pas adhérente à la MSP. Après faut savoir que la pharmacie c'est un statut un peu particulier parce que c'est aussi un commerce. Le pharmacien c'est pas la pharmacie qui adhère à la MSP c'est le pharmacien en son nom. Par contre le pharmacien ce qui est bien pour lui dans l'adhésion dans une structure d'exercice coordonnée c'est qu'après vous avez toutes ces nouveautés de délégation de tâches dont notamment le pharmacien correspondant. Je sais pas si vous avez entendu parler ou la délégation de tâche vous avez le pharmacien qui est impliqué dans certains protocoles qui sont réservés aux MSP par exemple le protocole antibiotique pour le monuril. Donc du coup je trouve que ça remet le pharmacien au cœur de soin.

-tout à fait avec des nouvelles missions c'est super important.

- Ah oui oui tout à fait et puis le pharmacien correspondant c'est prolonger des traitements, adaptés des posologies, ça donne vraiment un rôle médical plus plus au pharmacien et il me semble que c'est tout ce qui est recherché justement par les pharmaciens.

-Parce qu'on est trop vu comme des épiciers ou des commerçants, c'est vrai que c'est mieux maintenant. J'ai beaucoup travaillé à la vaccination et aux prélèvements COVID et Ben ça tout le monde s'est dit "Ah mais en fait le pharmacien il peut faire des trucs médicaux, il peut vacciner" ça a donné un aspect un peu plus professionnel de santé autour du pharmacien plutôt que voilà, juste vendre des médicaments.

-oui et puis voilà tout ce qui est réalisation des entretiens pharmaceutiques des choses comme ça c'est vrai qu'on est purement dans une dimension médicale. Moi je me dis que pour le pharmacien ça doit être génial et hyper valorisant quelque part de pouvoir renouveler un traitement, de pouvoir adapter une posologie si besoin.

oui et puis là aussi on est confronté dans des zones plus que d'autres mais de manière générale à des difficultés d'accès aux médecins traitants qui sont folles dans certains territoires vous avez des gens qui n'ont pas de médecin traitant ou les médecins quand vous regardez ceux qui restent, ils sont tous vieux, ils vont tous partir bientôt... Typiquement là sur Echirolles, Pont de Claix qui sont pas des zones très attractives parce que la population est beaucoup précaire et donc du coup c'est pas ceux que préfèrent les gens pour s'installer et du coup et Ben vous avez la moitié du médecin qui est âgé, ils vont tous partir, dans en 2 ans vous allez avoir 100000 personnes mais qui peuvent pas être absorbés par ceux qui restent parce que eux ils sont déjà voilà...

Et du coup c'est aussi des leviers qui ont été pensés mais vraiment dans une échelle plus élevée au niveau du ministère en se disant bon Ben voilà on sait que pendant 10 ans le temps qu'il y a des nouveaux médecins diplômés, on va manquer de médecins, comment utiliser le pharmacien les infirmiers pour leur donner un peu plus de tâches ça en libérera au médecin, eux ils s'occuperont des cas très graves qui nécessitent forcément une auscultation des choses comme ça et puis tout ce que peuvent faire les autres à côté ce sera toujours du temps de gagné.

Après c'est des choses qui sont pensées par des administratifs donc tout n'est pas convaincant alors ça ne résoudra pas tout mais ça aide parfois.

Aussi par rapport à l'exercice coordonné notamment les jeunes diplômés, un médecin il a plus envie de travailler tout seul dans un cabinet, il a plus envie voilà de faire 10h par jour et samedi matin tout le temps. Quand on est 4 médecins dans le même cabinet, on fait un samedi par mois, on roule, on fait une fermeture peut-être par semaine parce qu' on roule aussi et que ça permet de concilier un peu mieux la vie personnelle et la vie professionnelle.

-tout à fait, lorsque je compare avec mes potes qui sortent juste de médecine la nouvelle génération, ils ne veulent plus faire des horaires de malades.

-oui mais très très souvent on voit ça c'est du travail sur 3 jours et demi, 4 jours ou même voilà on fait 3 grosses journées mais ça le reste pour la vie de famille. Le médecin de mon époque, il était disponible de 8h à 20h tous les jours, il était là le week-end mais c'est plus du tout le cas. Du coup c'est compliqué parce que le fait que le numerus clausus a été revu bah oui il y aura plus de diplômés mais en médecine c'est pas 2 ans d'études donc le temps qu'ils sortent en nouveau diplômés ça va prendre du temps et il faut bien tenir le temps que ça s'arrange un petit peu.

Je reprends vos questions du coup, alors comment se passe la rémunération des professionnels de santé dans la MSP, pour ceux qui travaillent 1 journée à la MSP et le reste du temps en cabinet ?

Ben en fait vu qu'ils sont en tarification à l'acte, il touche ce qu'il travaille. C'est le fruit de la consultation comme tout le monde, après est-ce que la MSP dans sa rémunération ACI dans ce qu'elle reverse aux praticiens, elle se dit bah toi t'es là 4 jours et toi qu' un jour on va faire un prorata...peut-être mais ça c'est vraiment chaque équipe fait ce qu'elle veut et dans tous les cas le médecin il touche tout le temps sa tarification à l'acte.

Ensuite, est-ce que les professionnels de santé qui font de l'exercice coordonnés sont plus payés?

bah non parce que l'acte est le même; après ils ont plus de possibilités parce qu'il ya des délégations de tâches qui sont réservées aux structures d'exercice coordonnée.

Par contre n'importe quel médecin qu'il exerce en structure d'exercice ou pas, a droit à d'autres prestations dont ce qu'on appelle un forfait structure et une rémunération sur objectif de santé publique

-Oui la ROSP.

-voilà tout à fait. et en fait depuis peu, avant il y avait un indicateur qui était "participation à une démarche d'exercice coordonnées" et qui était dans le volet optionnel du forfait structure et qui maintenant est passé dans le volet obligatoire.

-Ah oui c'est l'histoire de si les médecins ne sont pas en exercice coordonnée d'ici fin 2022, la rémunération saute?

-alors en fait c'est par rapport à l'avenant 1 s'il ne sont pas conforme, ça fait sauter leur rémunération logiquement, s'ils n'en font pas, ils ne sont pas éligibles à la rémunération après voilà la déclaration elle se fait en ligne, ça reste du déclaratif et on ne demande pas forcément d'appartenir à une CPTS ou une MSP. si jamais on fait des concertations avec notre confrère, ça fonctionne, par contre il faut tenir des justificatifs à disposition si jamais la cour des comptes venait à faire un contrôle. mais voilà du coup ceux qui ne se coordonnent pas un minimum logiquement ils vont perdre cette rémunération.

- et pour le pharmacien, il n'y a pas de ROSP?

-Non je ne crois pas

Du coup voilà le financement de l'ARS c'est quand on valide le projet et nous (la CPAM) la rémunération des MSP se fait en année civile. Pour celles qui sont créées en cours d'année, on leur

verse une en 2 parties: vous avez une avance théorique et quand on apprécie vraiment l'atteinte des indicateurs, on verse le solde et l'avance de l'année suivante. Une MSP qui signe en cours d'année, on lui verse au prorata du nombre de mois du contrat sa rémunération qui est calculée sur la base de 60% des atteintes des indicateurs socles. On lui verse cette avance dès qu'elle signe son contrat et puis comme ça marche en année civil, au mois de janvier on va demander à toutes les structures tous les justificatifs : est-ce que vous avez bien ouvert de 8h à 20h, est-ce que vous avez rédigé des protocoles oui ou non comme demandé, si oui faites nous les parvenir, le planning des réunions de concertation, les factures de l'abonnement pour le système d'information Nous on transmet tout ça à la classe nationale qui nous fait redescendre le montant réel à payer, le montant effectif, on déduit l'avance déjà versée et on verse le solde et l'avance de l'année suivante. Chaque année à peu près, toute fin avril la MSP perçoit sa rémunération qui correspond à l'année d'avant.

Voilà après la question sur la lettre d'intention et l'étude de faisabilité en fait là on est plus dans les CPTS. La lettre d'intention c'est ce qu'on appelle le pré projet. Dans certains départements on appelle la lettre d'intention, le pré projet. Après le diagnostic de territoire, vous savez ce que c'est.

Vous avez saisi la différences CPTS/ MSP ?

-Oui la CPTS c'est plutôt au niveau régional et la MSP c'est à l'échelle de communes ?

-Oui complètement la CPTS on est dans une orga territoriale alors que la MSP, on est autour d'une patientèle. Après l'un et complémentaire de l'autre parce qu'elles ont des missions qui divergent mais qui sont complémentaires en même temps.

-mais normalement oui je vois bien ce que c'est, enfin j'avais retenu que la MSP c'est pour tenter de s'organiser en fonction de la population, alors que la CPTS c'est plus large, on va dire que c'est plutôt en fonction des pros de santé qu'on s'organise.

-Mais oui mais c'est ça c'est vrai je me posais la question parce que parfois la CPTS ce n'est pas concret pour les gens alors qu'une maison de santé oui. Parfois les gens pensent qu'une MSP c'est juste une maison alors que ça peut être multiple.

-Clairement parce que dans le questionnaire j'avais une question c'était "avez-vous un projet immobilier?" et sur les 60 répondant, pas beaucoup avaient un projet immobilier.

-Oui, après donc nous ça c'était plus dans l'accompagnement des gens qui se manifestent, comme je dis vue qu'on est très en lien quand même avec l'ARS, le Conseil départemental et la FEMASAURA, on essaie de se tenir informé mutuellement des projets parce que parfois la FEMAS en connaît un et nous on le connaît pas et vis versa donc pour que chacun puisse apporter ces informations, nous en entre en contact avec tous les projets dont on a connaissance en disant que on se tient à disposition si besoin et puis après on répond la demande. La démarche proactive qu'on a par contre c'est une démarche de promotion dans les territoires qu'on appelle des atones, ce sont des zones où il y a rien, où les gens ne se coordonnent pas. vous avez des zones où ça marche super la coordination, vous avez plein de MSP qui maillent le territoire et avec lesquelles il y a quand même une bonne dynamique dans l'offre de soins. Et vous avez des zones où ça se coordonne pas du tout, soit parce qu'il y a très peu professionnelle de santé, soit parce que par exemple le grésivaudan le côté un peu plus riche de la rive, on va dire, on a que souvent des médecins qui font de la médecine spécialisée qui se conventionnent pas, qui ont des prix de consultation exorbitant.

Bon on va dire que l'assurance maladie est convaincu que l'exercice coordonné c'est un petit peu l'avenir, c'est ce qui favorise les installations parce que maintenant c'est vrai que les jeunes cherchent des structures d'exercice pluriprofessionnelles pour s'installer, pour faire des stages et cherchent en devenant maître de stage, que ce soit médecin, pharmacien, kinés, infirmiers, elles cherchent à rendre leur territoire attractif pour augmenter la densité médicale. Et du coup nous on fait sur des réunions présentielle ou des webinaires de promotion de l'exercice coordonné donc on va inviter 50 professionnels de santé, on va donner les grandes quelle est la plus-value pour vos patients, quelle est la plus-value pour vous et si jamais vous souhaitez créer une MSP, quelles sont les grandes étapes et on fait pareil pour les CPTS.

Parce que le sujet de la thèse c'est vraiment l'accompagnement des professionnels de santé?

- oui en fait je suis partie d'abord sur qu'est ce qu'une MSP, les étapes pour en créer une, une illustration... Voilà

-D'accord bah c'est top! vous avez eu connaissance du réseau pour interroger des gens qui bossent en structure d'exercice coordonnées ?

- en fait j'ai appelé toutes les MSP que j'ai trouvé sur internet donc voilà ça m'a pris des heures mais bon je n'avais pas de réseau particulier et après pour les PDS hors exercice coordonné, j'ai appelé les gens que je connais et puis pour les médecins je suis allée sur internet mais là pour le coup y en a plein qui ne m'ont pas répondu parce que soit ils ne connaissaient pas vraiment soit ça ne les intéressait pas.

-D'accord. Je ne sais pas si vous savez mais il y a une CPTS sur le secteur de Saint Martin d'hères. Eux ils sont hyper novateurs dans leur travail et font un peu de la médecine holistique. Ils sont

vraiment dans l'accompagnement des professionnels de santé. On n'est pas d'accord sur tout parce que pour nous dans les CPTS l'accompagnement des professionnels de santé c'est des missions optionnelles. Pour eux c'est un cœur de métier, par exemple le médecin il est dépassé, il a trop de patients, il arrive plus à dire non, il se sent mal dans son travail... comment nous en organisant un peu mieux, en faisant du réseau, on peut l'aider dans son travail.

Et si vous le pouvez, prenez contact avec eux parce qu'ils font vraiment un super job.

- bah ça peut être super intéressant parce que dans ma Thèse, je voulais mettre une petite partie avec des petits Tips pour aider un peu les PDS qui sont un peu dépassés, qui n'arrivent pas trop à gérer...

-Vous verrez qu'ils font plein de choses, ils font des newsletters à l'attention des professionnels de santé, ils font des petits focus sur l'accès aux soins, sur le pharmacien correspondant ...

Vous avez le Vercors aussi qui est la première CPTS sur notre département mais eux c'est une autre population, c'est d'autres besoin.

Sur Saint-Martin-D'hères en plus la MSP a mis en place une expérimentation, je ne sais pas si vous avez entendu parler, sur les structures d'exercice coordonnées participatives ?

- non

-c'est ce qu'on appelait avant "communautaire" mais communautaire ça a une connotation qui est trop négative. Je ne sais pas si vous connaissez le centre de santé "le village 2" à Echirolles, c'est de la santé communautaire. Ce type de structuration de soin se retrouve souvent quand vous avez une population, précaire, avec des taux de précarité donc CMU, AME qui sont 3,4, 5 fois les taux nationaux et vous avez une population qui est moins bien éduquée à la prévention qui du coup ne va pas se faire dépister, qui reste avec sa maladie et du coup on retrouve des pathologies hyper dominantes. Les taux de diabète sont 2 fois supérieurs à la moyenne parce qu'ils ne sont pas

dépistés, il n'y a pas d'éducation sportive, n'y a pas d'éducation à la nutrition.... Et du coup ces expérimentations c'est du financement pour de l'ETP par exemple pour financer un médiateur social qui va aider les gens qui ne parlent pas français ou qui ne savent pas remplir les papiers pour les dossiers de sécurité social, qui va financer un traducteur pour lever la barrière de la langue etc... et donc à Saint Martin d'hères, ils sont dans cette expérimentation là parce qu'il y a une population qui est très étudiante mais qui est aussi très précaire et du coup ça peut être un bon axe de travail parce que c'est quelque chose qui tend à se développer pour tout ce qui sont les secteurs un petit peu défavorisés et où il y a beaucoup de besoins de soins.

-Tout à fait oui, c'est souvent même là où il y a le plus de besoins.

-Ben oui tout à fait. Et puis de l'éducation à la santé aussi je veux dire bah oui mais quand on ne prend pas son traitement pendant 3 mois peut-être que ça va être un nombre de dosage qui ne vont pas être bon, ça va être compliqué à rattraper, ça va aggraver un état de santé qui est déjà fragile, parce qu'il y a des gens qui n'ont pas forcément conscience qu'il faut avoir une bonne observance de son traitement, que parfois pas prendre un truc peut aggraver l'état...

Parce que du coup ça va rester général votre thèse ou peut-être vous allez l'orienter vraiment sur un accompagnement, promotion ou sur des types de structures spécifiques ?

-bah alors c'est sûr que ça sera sur la MSP après pour l'instant ça reste assez général.

-vous avez été en contact avec le Conseil départemental ?

-Non

-Parce que je ne sais pas si vous connaissez la cellule "Isère médecin" alors peut-être que ça va changer mais actuellement la personne qui est chargée d'étude, donc responsable de la cellule c'est un infirmier qui sort de le EHESP et qui a fait sa thèse sur l'exercice coordonné en général pas spécifiquement les MSP. Donc sa thèse c'est sur quels sont les atouts, quels sont les freins et au final ce qu'il vaut mieux, ce qu'il ne vaut mieux pas et y a 2, 3 personnes dont les thèse tourne vachement sur le département. Je veux dire ça peut toujours être une super source de documentation.

- clairement oui, j'ai lu pas mal de thèse de Grenoble sur l'exercice coordonné, effectivement c'est un bon sujet. J'ai vue qu'il y avait beaucoup de thèse sur les avantages et les inconvénients de l'exercice coordonné, c'était aussi mon idée de départ.

-oui après ça peut être aussi quels sont les freins et qu'Est-ce qu'on pourrait mettre en place pour lever les freins, quels sont les craintes qui reviennent tout le temps, est-ce qu'elles sont justifiées parce qu'il y'en a plein c'est des croyances et à partir de là qu'est-ce que font les institutions ? Par exemple nous, oui on est une tutelle mais quand même on se modernise. Nous avec l'ARS on se déplace on fait des trucs hyper sympas on essaie de répondre à la demande on n'est pas là que pour faire de la censure. Je veux dire quand il y a des protocoles à valider, on propose tout le temps que les documents fassent des allers-retours histoire qu'on suggère nos axes d'amélioration et que le jour J il soit validé. On a des médecins conseils qui sont relativement jeunes, qui sont diplômés récemment et qui sont aussi dans une démarche de co-construction alors bien sûr qu' au final il faut valider ou pas valider mais on se tient à disposition des équipes pour que ça puisse bien marcher. On met aussi et ça c'est tout nouveau, tout ce qu'on appelle notre offre de service, pour justement que ces projets fonctionnent. Parce que nous on a un service prévention c'est le PRADO, je ne sais pas si vous connaissez, qui est le programme de retour à domicile. Dans ce programme, il y a des pathologies cibles : pathologies cardiaques, les personnes âgées, le post AVC... et donc il est présent

dans tous les hôpitaux et on organise la sortie hospitalisation parce qu'il y a tellement de ruptures de soins, nous on s'est rendu compte que la sortie d'hospitalisation c'est un truc majeur sur lequel il fallait travailler. Et donc du coup le Prado à partir du moment où il y a des personnes qui sont hospitalisées, il prend en charge le patient, il se met en relation avec le médecin traitant ou il lui en trouve un s'il n'en a pas et il voit avec l'équipe hospitalière de quel soin le patient aura besoin à sa sortie, organiser tous les rendez-vous pour que le patient sorte et que donc dans le carnet de suivi PRADO il y'a toutes les informations à la bonne prise en charge à sa sortie

-c'est génial !

-Et on a aussi une mission d'accompagnement santé pour toutes les situations de renoncement aux soins. Ça peut être un renoncement pour des causes, remplir mon dossier de CMU, ça peut être des montages financiers avec des fonds sociaux qui vous aident dans vos démarches administratives, qui peuvent vous aider à ne serait-ce que téléphoner dans des cabinets pour avoir des rendez-vous et qui vous accompagne jusqu'à ce que vous ayez le soin pour lequel on vous accompagnait. Et donc tous ces services là on les met à disposition des structures d'exercice coordonnées alors beaucoup plus des CPTS je vous l'accorde mais ça tend à se démocratiser pour tous. Justement pour aider toutes ces structures à faire un travail de qualité et à avoir des interlocuteurs si besoin. Et notre service de prévention par exemple avec les CPTS, ils co construisent des animations dans des foires, dans des marchés, avec des trucs très ludiques, avec un toilette pour montrer comment je mets mon kit de dépistage du cancer colorectal voilà c'est ludique et ça désacralise un petit peu les choses.

Enfin bon voilà, sinon il y a d'autres choses que vous vouliez savoir ?

- Alors oui je cherche le nombre de pharmaciens qui sont en exercice coordonnés en France ?

-En France non, enfaite on a les données par région mais je vais regarder et vous faire un retour par mail des chiffres que l'on a et je me tiens à disposition n'hésitez pas à vous faire un mail et puis même si y a des questions qui vous viennent à posteriori.

-merci beaucoup .

-je vous en prie je vous souhaite une belle journée.

- vous aussi merci beaucoup.

-au revoir.

-au revoir.

Appel avec la FEMAS:

-Bonjour on devait s'appeler aujourd'hui, comment allez-vous?

-Bonjour oui tout à fait, ça va bien je vous remercie.

-Super alors juste pour vous expliquer un peu mais vous savez déjà, je vous appelle par rapport à ma thèse sur l'exercice coordonné j'ai fait passer un questionnaire à des professionnels de santé et quasiment la moitié m'ont cité la FEMAS comme organisme d'accompagnement donc c'est super parce que ça veut dire que beaucoup vous connaissent ! J'avoue qu'avant ma thèse je ne connaissais pas l'organisation, maintenant je sais que vous êtes un peu partout en France donc je voulais vous citer dans ma thèse pour expliquer vraiment votre rôle auprès des professionnels de santé je ne sais pas si vous pouvez m'en dire quelques mots que je pourrais vraiment rajouter dans la thèse.

- bien sur alors notre rôle dans l'exercice coordonné c'est de donner l'accès à des facilitateurs en fait c'est du retour d'expérience de pair à pair. c'est à dire que nous, on est interpellé par un groupe de professionnels de santé ou bien une ou 2 personnes qui viennent nous voir pour savoir un peu quelles sont les différentes étapes, comment il faut s'y prendre, c'est quoi les engagements, c'est quoi les avantages, les inconvénients enfin voilà et donc nous on s'appuie surtout sur un réseau de facilitateurs et les facilitateurs ce sont des professionnels de santé qui exercent en exercice coordonné donc en général c'est en maison de santé pluriprofessionnelles et on a aussi des professionnels de santé qui sont intégrés à des CPTS et donc on organise des rencontres entre ces facilitateurs et les personnes qui portent le projet pour leur présenter la démarche, les points importants, les freins etc..

On leur explique un petit peu le cheminement qu'ils doivent avoir et donc ça c'est en général sur les premières présentations et après on peut réintervenir auprès d'eux autour de questions très précises

sur les protocoles pluri professionnelles par exemple, sur la fonction de coordination, sur la SISA, sur comment on s'organise pour que ça fonctionne donc voilà donc en fait on peut venir faciliter les équipes c'est à dire leur faciliter le travail aux différentes étapes du processus de construction de leur projet.

Et après une fois que les équipes sont en place on organise aussi des séminaires d'équipe donc ça ce sont des rencontres où on choisit 2 thématiques en général ça peut être soit autour des questions qu'ils se posent autour du fonctionnement même après quand c'est en route, ça peut être autour du protocole pour savoir comment le faire vivre enfin voilà ce sont des questions très pratiques de leur quotidien.

Du coup-là c'est pareil ce sont des facilitateurs donc des professionnels de santé qui sont un peu expérimentés qui vont animer ces temps de rencontre et les équipes et les professionnels de santé par département sont invités à participer à cette soirée et c'est un temps d'échange en général pour partager les expériences et c'est aussi un lieu où ils peuvent se rencontrer et partager leurs différents projets.

Et puis on a aussi mis en place le même type de rencontre de séminaire mais pour les coordinateurs de maison de santé. Parce que en fait c'est des professions qui se retrouvent assez isolées parce que c'est les seuls qui ne sont pas professionnels de santé, alors certains sont aussi professionnels de santé mais ils ont la double casquette mais c'est vrai que dans beaucoup de maisons de santé ce ne sont pas forcément des professionnels de santé et ce sont des professions qui sont assez isolées et quelque fois ce n'est pas toujours évident d'arriver à prendre du recul. Dans ces séminaires, on échange des outils, on échange des projets, on échange sur les freins dans les équipes... donc ça ce sont des rencontres aussi par département qu'on organise ou 2 fois par an en général.

Voilà et puis en parallèle on déploie la formation pour les coordinateurs de maisons de santé en lien avec l'ARS et l'EHESP qui est l'école des hautes études en santé publique. L'EHESP est connue pour l'école des cadres de Rennes et donc l'EHESP a travaillé sur un cahier des charges avec l'ARS

régionale pour justement un programme de formation qui s'appelle pacte pour former les personnes qui font la coordination dans la maison de santé. Donc cette formation nous la déployons et là aussi c'est des formateurs qui sont soit des professionnels de santé soit nous-même coordinatrice territoriale qui animent ces formations-là.

Après il y a des journées régionales qu'on organise aussi mais vraiment le cœur de l'action de la fédération c'est la facilitation du partage d'expérience pour aider les copains et les copines à avancer plus vite.

- Je comprends maintenant beaucoup mieux, enfin je le comprenais avant parce que j'avais regardé, les sites des FEMAS sur internet et il y a plein de choses qui sont super bien faites, des fiches notamment sur les étapes pour faire de la coordination mais c'est vrai que dans les réponses aux questionnaires vous êtes cité comme de véritables piliers, vous êtes autant cité que la CPAM ou encore l'ARS.

-Bah après nous les retours qu'on a c'est qu'en fait les professionnels de santé ont besoin de concret, du pratique, de qu'est-ce que ça va rapporter mais qu'est-ce que je vais devoir donner en contrepartie enfin voilà ça c'est vrai que les personnes de l'ARS n'ont pas forcément ces réponses parce qu'ils n'ont pas toujours la connexion du terrain. Ils vont utiliser des termes très administratifs et ça ne parle pas et c'est plutôt très repoussant pour eux plutôt qu'encourageant. Après nous on travaille très bien avec l'ARS et la CPAM mais c'est souvent qu'on va devoir débroussailler pour justement un peu traduire on va dire en termes de terrain ce que ce que l'ARS attend.

Donc voilà en général on travaille en bonne intelligence avec différents interlocuteurs qu'on a dans les départements et effectivement ce témoignage terrain n'a pas de prix.

-oui oui clairement c'est sûr et certain. Justement en fait dans ma thèse j'essaie de faire une partie sur comment faire de l'exercice coordonné en MSP et donc j'ai cité les différentes étapes et puis

j'essaye maintenant de donner un exemple concret. Je me suis dit pourquoi pas partir sur par exemple, moi pharmacienne essayant de créer une MSP sur Grenoble avec comme premier projet un projet autour de la prévention diabète. Quand je reprends votre réponse à mon mail, je vois que je me suis peut-être mélangé les pinceaux entre protocole et projets de santé ?

- Alors ce n'est pas forcément que vous vous êtes mélangé les pinceaux ou alors moi je n'ai pas compris et j'ai trop raccourci ce que vous disiez peut-être aussi. Mais en gros le projet de santé dedans il y a le diagnostic de terrain après il y a la description de l'équipe, comment l'équipe va travailler ensemble et après effectivement en général on vous demande sur quelle thématique vous allez travailler donc effectivement c'est peut-être là que vous parlier de décrire ce projet-là donc ça marche.

-tout à fait, c'est bien cela.

- après effectivement pour répondre à cette problématique là qu'est-ce que vous allez mettre en place, est ce que vous allez mettre des ateliers thérapeutiques, est ce que vous allez faire un protocole pluri professionnelle, avec quel professionnel de santé vous pourriez travailler sur cette pathologie là et comment vous allez l'appréhender. C'est pour ça que je parlais de protocole pluri professionnel parce qu'en général soit on se dit pour ces personnes-là on pourrait mettre en place des protocoles pour une prise en charge globale ou alors un programme d'éducation thérapeutique que vous allez porter pour accompagner les patients eux-mêmes dans la prise en charge de leur pathologie.

-et bien moi je ne sais pas si c'est un protocole du coup mais c'était plutôt me dire par exemple je veux travailler avec au moins au début un infirmier un pharmacien et médecin généraliste et organiser 2 journées prévention diabète sur la semaine de la prévention du diabète en France. Pour

la démarche ça serait de faire un test findrisk soit à la pharmacie en version papier ou en scannant un QR code ou alors le médecin généraliste qui oriente le patient pour faire ce test. Les patients qui sont à risque viennent voir le pharmacien ils font une glycémie de comptoir et puis l'infirmier va tout de suite réceptionner les patients déjà pour rassurer ceux qui ont un taux de glycémie trop élevé et pour leur indiquer les démarches à suivre pour faire vraiment quelque chose d'assez complet et ensuite de retourner vers le médecin pour avoir la prescription pour l'HBA1C en laboratoire et pourquoi pas même impliquer un laboratoire pour avoir des retours aussi voilà.

- alors du coup-là ça serait balisé sur la semaine du dépistage diabète du coup ça c'est des projets que vous pouvez écrire dans le projet de santé mais je dirais que c'est plutôt des projets ponctuels. Du coup-là vous irez chercher il y a des financements spéciaux qui sont débloqués soit par les ARS soit par les CPAM soit par des associations pour le diabète et compagnie c'est un peu comme le mois du sevrage tabagique où là il y a effectivement des financements qui sont fléchés par la CPAM et compagnie dès qu'on est sur des campagnes de prévention. En fait ce qui va être plus facilement financé dans le projet par rapport à tout ce qui est prévention, c'est souvent les campagnes de vaccination ou de comment faire pour améliorer le taux de vaccination de votre patientèle, ça peut être justement en plus les protocoles pluriprofessionnels donc qui vont dans la pratique quotidienne faire en sorte que vous n'aurez pas besoin de vous appeler sans arrêt parce que vous aurez écrit comment se passe le parcours d'un patient.

- Et ça existe des protocoles de préventions diabètes ou alors un protocole pluriprofessionnel autour du diabète ?

-Oui tout à fait sur la prise en charge du patient diabétique ça existe. En général vous allez avoir une diététicienne, un pharmacien, un pédicure-podologue, un médecin généraliste et l'infirmière et ça

existe hein le protocole de prévention de la prise en charge du patient diabétique ça existe sans problème.

Mais voilà c'est plus que soit vous voulez en faire un focus à un moment clé dans l'année et dans ces cas-là c'est plus d'aller chercher des financements qui seront spécifiques pour ça, soit c'est plutôt que vous allez faire des ateliers très régulièrement dans la maison de santé autour de la prévention du diabète, ce que vous disiez hein de repérer les personnes à risque et compagnie mais ça va être des ateliers qui vont être fait plus régulièrement et là effectivement ça s'inscrirait dans un projet de santé publique. Je ne sais pas si vous avez regardé un peu dans les ACI, pour le financement pérenne il y a les indicateurs socles, c'est des actions qui sont obligatoire et il y a des indicateurs optionnels et les projets de santé publique y sont plutôt, si je ne dis pas de bêtises optionnelles dans un premier temps.

Il n'y a pas d'obligation mais en tout cas si vous avez envie de faire des actions régulières autour du diabète ce serait plutôt un projet d'action en santé publique et donc là ce sera valorisé par les ACI parce que vous aurez décrit le projet que vous voulez mener et du coup ça vous octroie des points et les points sont transformés en euros.

-c'est ça je crois que c'est un point égal 7€.

- après j'étais en train de penser vous pouvez aussi essayer de contacter des pharmacies qui sont dans des projets et ils partageront avec vous, pour savoir un peu quel projet ils ont mis en place et comment ça fonctionne !

-C'est une très bonne idée oui.

- En tout cas les protocoles qui reviennent le plus c'est autour de la prise en charge des plaies, la prise en charge des personnes âgées, ça peut être aussi autour du diabète. Après y en a qui arrivent à faire des projets qui sont un peu plus ciblés où ça va être par exemple en station, ils ont souvent des populations qui arrivent sur leur territoire qui ne sont pas dans leur patientèle, c'est-ce qu'ils appellent les saisonniers et donc ils écrivent un protocole de prise en charge de ces personnes-là. On sait que c'est des populations à risque qui ont des conduites à risques soit addictives soit sur les comportements à risques donc ils collaborent autour de ces sujets.

-D'accord et est-ce que vous trouvez que c'est pertinent de déposer un projet de santé avec une problématique autour du diabète?

-Je dirais que c'est pertinent, dans le projet de santé quand il demande comment vous allez travailler ensemble et quel type de protocole vous allez mettre en place vous pouvez tout à fait citer celui dont vous m'avez parlé.

-d'accord bah c'est super parce que j'ai fait le diagnostic du territoire donc j'ai contacté l'ARS et ils m'ont envoyé tous les documents pour Grenoble. C'était extrait de Rezone.

-Alors il ya rezone mais il y a aussi cartosanté.

-Cartosanté? D'accord je ne le connaissais pas , je vais le noter. et donc en fait sur Grenoble la première pathologie en termes de prévalence c'est le diabète .

-Justement sur Grenoble il y' a une population immigrée importante et notamment des pays du Maghreb qui sont venus dans les années 70. Chez les populations immigrées les pathologies comme le diabète sont très présentes. Donc ça a d'autant plus de sens effectivement que vous puissiez parler

de ça dans le dans le projet de santé et que vous puissiez justement avoir envie de développer des actions de prévention ou bien de prise en charge du patient diabétique à travers un protocole pluriprofessionnel.

-ça veut dire que si on dépose un dossier à l'ARS complet avec comme objectif de faire le travail autour du diabète ça sera quand même accepté ?

-Ah oui après à partir du moment où vous allez avoir envie de faire un focus là-dessus parce que là où vous allez vous installer y a vraiment une problématique autour du diabète et que par rapport au diagnostic du territoire il y a vraiment quelque chose à faire sur le diabète, c'est bon.

- et ensuite pour l'organisation j'ai entendu parler de la plateforme Weda qui a l'air pas trop mal. En fait dans le questionnaire j'avais demandé quel outil les PDS utilisaient pour communiquer entre eux. On m'a beaucoup répondu Facebook, Whatsapp et Weda. Je me suis renseignée bon ça a l'air pas trop mal parce que c'est reconnu enfin il y a une messagerie sécurisée par exemple.

- oui Weda ça peut être un logiciel à utiliser. En fait, pour une équipe qui se monte en maison de santé, il y a une obligation à un moment donné d'avoir le même logiciel d'information et donc on ne peut pas choisir n'importe quel logiciel. Il y a une liste de 16 logiciels qui sont agréés par l'État parce qu'ils répondent à un cahier des charges précis sur justement tous ces aspects-là de la sécurisation des données, la messagerie interne etc. Après c'est des logiciels qui sont très médicaux centré et il y en a aucun aujourd'hui qui est complètement satisfaisant pour répondre à toutes les professions de santé qu'on peut retrouver dans une maison de santé donc ça nous on est très clair, quand on va rencontrer les équipes on leur dit que ça reste essentiellement des outils de coordination mais qu'il faudra garder son logiciel métier à côté.

Après les systèmes d'information on peut paramétrer les accès en fonction des personnes. La plupart des équipes, en tout cas souvent, donne accès à tout, à toutes les professions et parfois il y en a qui préfèrent encore garder le volet médical accessible uniquement pour le pharmacien ,l'infirmière enfin ceux avec qui vont vraiment avoir un échange quotidien mais en tout cas tout le monde a accès au volet coordination, tout le monde peut aller chercher des informations, tout le monde peut en déposer. Ça veut dire que demain il y a un pédicure podologue qui reçoit un patient qui a été orienté par le médecin dans le cadre du protocole, il pourra aller renseigner au même endroit que tous les autres professionnels de santé.

Après il y a d'autres paramètres qui peuvent être faits pour justement si jamais vous mettez en place un protocole, des paramètres pour après faire une requête et ça nous sort des patients qui sont inscrits dans la base de données qui pourraient justement être des patients à risque, ce que vous expliquiez tout à l'heure, vous allez vous sélectionner des indicateurs et après vous allez passer la moulinette et ça va vous donner un nombre X de patients qui peut-être pourrait être intéressé aux problématiques du diabète et dire bah voilà on va faire un atelier avec une diététicienne ou je sais pas quoi ça veut dire que bah vous allez enfin interpellier principalement ces personnes-là au départ pour leur proposer à eux cet atelier en priorité.

-Oui c'est une bonne idée et du coup les logiciels, je sais qu'il y en a 16 mais est-ce qu'il y en a un que vous trouvez particulièrement intéressant à utiliser par rapport aux autres ?

-Alors je ne les utilise pas au quotidien mais de ce que j'entends, y'en a quand même 3 ou 4 qui ressortent principalement. Le plus souvent bien sûr vous allez Weda, Chorus, MLM et médistory. Médistory ont sorti une super version là il n'y a pas longtemps parce qu'ils ont été en difficulté quand même à un moment donné bon le seul inconvénient c'est que c'est sous Mac. Mac ce n'est pas même les tarifs et tout le monde n'est pas équipé en Mac, alors déjà changer de logiciel c'est compliqué si en plus il faut changer de support là c'est autre chose voilà.

Et Weda c'est celui qu'on entend le plus parler, ils ont une base documentaire déjà partagée donc ça fait un plus pour les geeks comme on dit, ceux qui sont les plus férus en informatique, il y a moyen vraiment de mettre en place des outils intéressants et très et adaptables à chaque équipe mais il faut se pencher un peu sur la programmation et sur le requêtage mais c'est un outil qui est top.

Ensuite Chorus, pareil il y a plein de bonnes choses c'est peut-être celui qui serait aussi un peu plus ouvert au pluripro d'après ce qu'ils disent.

Mais de toute façon, aujourd'hui avec en plus l'espace numérique en santé c'est clair que tous les éditeurs de logiciels sont plutôt en train de travailler pour être interopérables avec ce fameux ENS, du coup le déploiement d'outils plus pro pour l'instant ce n'est pas trop leur priorité.

-Sur les retours que j'ai eus en fait j'ai fait sur toute la France je n'ai pas interviewé que des PDS de Grenoble et quand même un très gros pourcentage c'était Weda.

-non mais de toute façon ils sont les premiers sur le marché et c'est pour ça aussi qu'ils en profitent un peu pour augmenter les prix.

-Ah oui c'est sur ça aide.

-oui ils sont plus chers que les autres.

-OK et Ben écoutez, j'ai déjà plein de petites infos c'est super. Moi de mon côté je pense que je vais continuer à essayer de faire quelque chose de plus clair possible. C'est vrai que je comprends un peu les PDS quand ils disent que ça fait peur au niveau administratif parce que moi rien que déjà de rédiger pour ma thèse comment faire pour monter la MSP ect. Je me suis dit heureusement qu'il y a des sites comme celui de la FEMAS par exemple qui donnent des infos sinon c'est très difficile de comprendre.

- bah c'est pour ça que du coup le partage d'expérience et les allers-retours avec l'ARS, enfin en tout cas là en Isère et dans les autres départements aussi hein majoritairement, si vous envoyez votre brouillon à l'ARS et puis même nous on fait cette relecture-là, on fait un retour bien volontiers aux équipes. De toute façon l'objectif ce n'est pas de d'envoyer des équipes présenter leurs projets à l'étude de concertation départementale tout en sachant que ça ne va pas passer.

- Bien sûr.

-c'est vraiment pas du tout l'objectif. On n'est pas dans de la sanction, dans l'évaluation ou autre, c'est surtout du partage et de présentation et puis si y a des choses qui ne sont pas assez précises ou bien de poser des questions et de donner des idées c'est plutôt ça.

- J'aurais bien aimé vous soumettre ce que j'ai fait mais bon le problème c'est que la thèse est confidentielle, je ne peux pas la partager tant que je n'ai pas passé ma thèse.

- bah de toute façon après si vous avez bien compris, il n'y a pas de raison que ce ne soit pas bon. Et puis de toute façon après il y a toujours les discussions qu'on a eu donc il n'y a pas de raison.

- Normalement ça devrait aller. En fait c'est surtout dans l'ordre des étapes, je ne suis pas sûr que je sois bon. Je peux vous dire les étapes que j'ai mis et l'ordre. Alors il y a 7 étapes. La première j'ai mis créer une équipe, ensuite faire le diagnostic du territoire, rédiger tout ce qui est statuts légaux, faire le projet de santé, s'intéresser au projet immobilier, ensuite mettre en place le projet de santé et faire un suivi, optimiser le projet de santé avec de nouveaux projets et cetera.

-D'accord c'est effectivement les grandes étapes après le projet immobilier , il n'y a pas d'obligation

.

-non du tout voilà c'est seulement s'y intéresser.

- mais en tout cas dans les étapes c'est bien qu'il vienne après.

-c'est ça bien sûr parce que par exemple dans l'histoire du diabète je veux dire si chacun reste dans son cabinet il n'y a pas de souci n'y a pas besoin de faire une maison de santé.

- voilà ou alors vous aurez besoin d'une salle si vous faites vos ateliers prévention mais ça vous pouvez tout à fait trouver une salle pour une durée limitée et pour organiser ces ateliers.

- c'est possible en tant que pro de santé, si je veux faire un atelier de prévention diabète sur une zone de passage dans Grenoble par exemple place grenette, c'est possible ou il faut absolument un local ?

- Ah Ben non si c'est dans le cadre d'une semaine de dépistage et compagnie je ne vois pas pourquoi on vous interdirait. Après il faut faire la demande d'autorisation d'installer votre stand au service en mairie.

-OK génial.

- il y a des associations qui le font. Par rapport à la maladie d'Alzheimer par exemple "France Alzheimer" tous les ans, ils ont une journée ou justement ils sont dans la rue pour sensibiliser les gens à cette pathologie. On peut tout à fait imaginer que vous vous associez ou que vous fassiez

vous sur la sensibilisation effectivement du diabète parce que ça vous paraît important mais vous pouvez tout à fait imaginer le faire sur la place publique ou dans un centre commercial ou je ne sais où hein mais en tout cas voilà y a rien qui interdit de le faire à partir du moment où c'est dans le cadre de la prévention. Et puis de toute façon il y a bien des gens qui s'installent pour vendre des choses.

-oui c'est vrai. En tout cas c'était tout pour mes questions encore une fois vous m'avez bien m'aider, c'est super d'avoir des contacts comme vous. Je vous remercie beaucoup Madame.

- je vous en prie bon courage pour la fin d'écriture et je suis à votre disposition si y' a besoin.

-un grand merci je vous souhaite une belle journée.

-merci vous aussi au revoir.

-au revoir Madame.

Appel avec l'ARS:

-Bonjour Madame

-Bonjour, vous m'entendez ?

-Oui, alors expliquez-moi.

- Je vais me présenter rapidement. Je suis étudiante en pharmacie en 6ème année et je fais ma thèse sur la pratique coordonnée. J'ai envoyé un questionnaire aux PDS et j'ai eu environ 65 retours et souvent, à la question qui vous a accompagné dans l'exercice coordonné..., on répond l'ARS.

- Eh bien, c'est très bien ! C'est un peu notre objectif d'aider les professionnels à se coordonner et à travailler ensemble.

-Oh, c'est super, et j'ai quelques questions sur le rôle de l'ARS dans la pratique coordonnée. Que faites-vous pour soutenir les professionnels de santé ? Et puis je voulais en savoir un peu plus sur le financement, notamment pour l'article 51, le montant de la rémunération.

-C'est normal parce que ça dépend de beaucoup de critères, donc il n'y a pas de rémunération fixe. Ce ne sera pas, on va vous donner 50 000€ pour faire ça, ça va dépendre de la taille de l'équipe, de ce que les professionnels vont faire au sein de leur structure d'exercice coordonnée, des items qu'ils ont choisis, donc c'est pour ça que vous ne trouverez pas de chiffres.

- Je suis d'accord.

- votre thèse porte sur les maisons de santé pluri-professionnelles, les CPTS, les centres de santé...
parce que c'est très large ?

-Oui, ce n'est pas la même chose. Je me suis concentré sur les MSP.

- OK, donc MSP pour les professionnels autour d'une patientèle, contrairement aux CPTS pour lesquelles c'est sur un territoire.

- Tout à fait.

-Et c'est pour ça que je ne trouve pas de rémunération fixe pour l'article 51.

-Il y a très peu de MSP qui bénéficient de l'article 51 parce que c'est justement ce qui n'est pas couvert par l'ACI, ce sont des choses spécifiques, innovantes en général, donc il y a très peu de financements à ce titre. Par contre, au niveau de l'ACI, l'idée est que toutes les équipes aillent progressivement vers cette rémunération.

- Donc pour l'ACI, j'ai assez d'informations mais c'est plus l'article 51 où j'ai eu du mal à trouver.

- Mais c'est normal parce qu'il y a très peu de MSP qui sont financés par l'article 51. Il y a celle de Saint Martin d'hères, je crois. Mais c'est quelque chose qui n'est pas géré localement mais qui est géré par la région. C'est vraiment sur des thématiques spécifiques qui ne sont pas dans le droit commun donc je pense que c'est pour ça que vous trouvez peu d'informations sur le sujet.

- OK, bon, je dirais que c'est assez spécifique parce que peu de personnes en bénéficient, donc je ne peux pas donner une rémunération en tant que telle.

Et si par exemple, j'ai un projet autour de la prévention du diabète ; Dans une MSP je me coordonne en tant que pharmacien avec un médecin généraliste, une infirmière pour faire de la prévention dans la région grenobloise, est-ce qu'il y a des financements qui sont alloués à ce type d'action ?

- Et bien, dans le cadre de l'ACI, les équipes peuvent choisir 2 missions de santé publique. Le diabète en fait partie, et ces missions peuvent être rémunérées. Sur le diabète, il y a des indicateurs, c'est toujours pareil, toujours la même chose. Les professionnels peuvent aussi choisir d'établir des protocoles de coopération pour la prise en charge du diabète avec le pharmacien, le médecin généraliste et l'infirmière en général. Et les protocoles de coopération sont également valorisés financièrement dans le cadre de l'ACI. Ils peuvent, je crois, être valorisés jusqu'à 9 par an.

-Et est-ce qu'un protocole est une chose ponctuelle ou quelque chose qui peut être mis en place tout au long de l'année dans la MSP ?

-Il peut être mis en place toute l'année, c'est-à-dire que chaque année on peut remettre le même protocole ou bien il peut être ponctuel s'il répond à un besoin spécifique pour un temps donné et après les choses s'améliorent qu'il y a plus de besoin. Il y a les deux possibilités. Et chaque année, les équipes remettent les mêmes protocoles pour les indicateurs, ils ont le droit de le faire.

Et puis tous les indicateurs sont suivis chaque année parce qu'en fait autour du mois de décembre, quand les structures doivent rendre compte de tous les indicateurs, donc la CPAM généralement entre janvier et mars, elle analyse tous les indicateurs qui sont rendus, pour savoir s'ils ont atteint les objectifs et si ça donne lieu à une rémunération. Donc il y a tout un processus d'examen des pièces justificatives et de validation de celles-ci pour déterminer la rémunération.

Et c'est annuel, parce que la CPAM verse une avance aux équipes, généralement vers le mois d'avril, pour que les équipes puissent fonctionner et à la fin de l'année ils demandent les justificatifs pour voir si ce qui était prévu a été fait et pour savoir s'ils envoient le complément ou pas.

Après tout, qu'est-ce qui motive les professionnels ? En général, ce sont souvent des équipes qui veulent travailler ensemble parce qu'elles partagent une certaine philosophie de la prise en charge des patients. Et surtout, il y en a beaucoup qui veulent perpétuer quelque chose. Le fait de travailler ensemble nous permet de construire quelque chose, sachant que les jeunes professionnels ne veulent pas s'installer seuls.

- C'est vrai. Ils veulent être accompagnés par des pairs, par des personnes qui peuvent les aider à démarrer leur activité.

-Oui, même pour des facilités personnelles, pour prendre des dispositions pour les vacances. C'est vrai que c'est une nouvelle tendance, il y a beaucoup de travail à temps partiel, notamment chez les généralistes, en lien avec la féminisation de la profession.

- Tout à fait. C'est une question que j'ai également posée dans mon questionnaire. J'ai demandé quel était l'apport de l'exercice coordonné pour eux, et ils ont répondu que cela leur apportait un enrichissement personnel, parce que travailler avec d'autres est toujours plus agréable que de travailler seul, et le fait d'être soutenu, de se sentir moins seul, de réduire la charge de travail, ce sont des choses très positives.

Lorsque nous sommes engagés dans une démarche de pratique, nous demandons aux équipes de faire des réunions de concertation pluri-professionnelles sur des cas complexes. Ces cas sont traités

avec tous les professionnels concernés, donc plus ils discutent des cas, meilleure sera la prise en charge.

-Ce sont les professionnels de santé de la MSP qui décident des cas qu'ils considèrent comme complexes ?

-Absolument, ce sont eux qui décident. Ce n'est pas la CPAM ou l'ARS qui choisit.

-Est-il obligatoire de faire des cas complexes ?

-Oui, c'est un des pré-requis. Je vous enverrai le formulaire type pour le projet de santé si vous voulez. C'est ce qui est requis pour obtenir le label MSP. C'est au professionnel de travailler sur un projet de site et puis déjà il y a une analyse du territoire, quelles sont les problématiques des patients, quelle est l'offre de soins... et puis c'est le projet professionnel, c'est ce qu'ils comptent faire en tant que professionnel pour prendre en charge les patients et dedans il y a cette fameuse rubrique réunion pluri-professionnelle autour de cas complexes.

-Ok, donc ça je l'ai et j'ai effectivement intégré ça dans ma thèse. J'ai pris chaque partie, en expliquant ce qui est nécessaire et je l'ai illustrée pour que ce soit plus significatif avec un exemple autour du diabète.

-Oh, génial !

-J'ai une question qui me vient à l'esprit entre le moment où le professionnel de santé décide de faire de la pratique coordonnée et le moment où la MSP commence à fonctionner réellement, il doit y avoir un délai important ?

- Alors il y a de tout. Il y a des équipes qui vont très vite, en 6 mois ça peut être fini, et il y a des équipes où ça prend des années parce qu'il y a une construction de bâtiment.... C'est pareil, il n'y a pas vraiment de règles. Il y a les équipes hyper dynamiques motivées et d'autres qui veulent prendre plus de temps. Donc je dirais entre 6 mois et 6 ans.

-Ah oui, mais quand même !

- C'est par expérience. Nous avons 54 MSP dans le département de l'Isère. Nous sommes le département de la région qui a le plus de MSP en ce moment et nous sommes au top.

- Et l'ARS, que faites-vous exactement pour les professionnels de santé ?

- Nous sommes dans le processus de rédaction du projet de santé. Nous pouvons donner des statistiques pour toute la partie diagnostic, et nous lisons systématiquement tous les projets de santé. Cela peut aller du brouillon au projet de santé définitif. Il y a des équipes qui envoient une partie dès qu'elles l'ont écrite, elles veulent la faire relire pour la valider, et il y a des équipes qui attendent d'avoir tout écrit pour l'envoyer. On fait autant d'allers-retours qu'il faut pour que le projet de santé soit considéré comme valide afin qu'il puisse être présenté à la commission de labellisation, qui s'appelle l'espace départemental de concertation. Lors de cette commission, il y a des questions qui sont posées aux professionnels et à la fin on leur donne l'accord ou pas. Pour l'instant, nous avons labellisé tout le monde.

Après la labellisation du projet de santé, les équipes ont le droit de déposer les subventions. Avec l'ARS, cela concerne davantage le système d'information, le début de la coordination, l'équipement de la salle d'urgence... Une fois les équipes constituées, elles passent à la phase de constitution de la SISA. C'est le seul statut juridique qui permet aux professionnels de percevoir de l'argent de la

CPAM et de le redistribuer entre eux comme ils le souhaitent. Pour ceux qui sont subventionnés pour une construction, l'association loi 1901 suffit.

Une fois la SISA faite, nous les retrouvons avec la CPAM, pour leur présenter l'ACI afin de préparer la contractualisation.

- Dans ma thèse, j'ai essayé de donner les différentes étapes pour construire le MSP et je voulais m'assurer que les étapes étaient dans le bon ordre. Tout d'abord, créer une équipe, c'est obligatoire, car on ne peut pas avoir de coordination sans équipe. Ensuite, faire le diagnostic du territoire pour voir ce qui en ressort. Ensuite j'avais mis la création des statuts juridiques, donc tout d'abord faire l'association loi 1901.

- Ça peut être fait à ce moment-là l'association, en même temps que la rédaction du projet de santé en général qui va ensemble. Mais oui, cela peut être fait à ce moment-là.

- Bon, j'ai une question à ce sujet. Est-ce qu'une équipe peut être à la fois une association 1901 et une SISA ?

-Donc c'est 2 statuts distincts. Les 2 ne donnent pas lieu à la même rémunération, donc souvent ce sont d'abord des associations et ensuite des SISA.

- D'ailleurs, j'ai une question. Quand la MSP se lance dans un projet de prévention du diabète, est-ce qu'on doit vraiment marquer tout ce qu'on a sur le territoire pour le diagnostic ? Ou seulement les informations liées au diabète ?

- Non, car le rôle de la MSP n'est pas de se focaliser sur une pathologie. C'est d'accueillir tous les patients.

-Sans discrimination, c'est ce que j'ai fait.

-Exactement, la MSP accueille tout le monde, ce sont les soins primaires.

Après, est-ce que vous êtes au clair avec le financement ?

- J'avais une assez bonne compréhension du financement, oui.

- Je peux vous envoyer, si vous voulez, un tableau que j'envoie aux équipes. C'est un tableau financier qui comprend tous les financements et la personne à contacter.

C'est un petit tableau de 2 ou 3 pages mais il est à jour, donc je vous l'enverrai.

-Merci, je n'ai pas d'autres questions en tête. Merci beaucoup, Madame.

-Merci beaucoup.

-Merci à vous aussi.

Appel avec l'UTEP:

-Bonjour madame, je suis étudiante en pharmacie et je fais ma thèse sur l'exercice coordonné et en fait j'ai donné un questionnaire aux professionnels de santé en leur demandant quelles organisations les avaient aidés dans l'exercice coordonné et on m'a souvent parlé de l'UTEP.

Je voulais savoir en fait ce que vous faites en termes d'exercice coordonné et quel soutien vous apportez ?

- En fait, nous sommes une structure ressource au niveau départemental, nous sommes financés par l'ARS et notre champ d'action est l'éducation thérapeutique du patient. Nous avons 3 missions principales qui sont : assurer un accompagnement méthodologique des projets en éducation thérapeutique pour tout acteur du territoire, assurer la formation des acteurs de l'ETP, soutenir le développement et l'innovation de l'ETP et donc pour cela nous travaillons en partenariat avec les autres UTEP de la région et autre structure qui font de l'éducation thérapeutique.

-Je comprends mieux, je pense que c'était des structures qui avaient des projets autour de l'éducation thérapeutique et qui ont dû vous solliciter, qui vous ont cités...

-Oui, bien sûr, et pour les CPTS c'est souvent un sujet facile, mais c'est parce que c'est un sujet qui nécessite une approche d'équipe dès le départ. Bien sûr, l'ETP fait partie des projets puisque les professionnels doivent développer des projets collaboratifs et c'est souvent des choses qui ressortent.

- Je suis tout à fait d'accord OK super

-et en sachant que pour l'instant ce n'est pas encore très développé. Les CPTS et les MSP commencent à peine à se développer vraiment sur le territoire et les CPTS qui ont fait appel à nous pour développer leurs projets d'ETP, elles ne sont pas 50 000. Et notre projet pour cette année serait de les accompagner davantage....

- Ok, super. Bon, je vais écrire tout ça dans ma thèse, vous serez cité dans la thèse. Je vous remercie en tout cas d'avoir répondu à ma question.

- Mais ça me fait plaisir, d'ailleurs, est-ce que vous seriez prêt à nous envoyer ce travail ? Cela pourrait aussi nous aider dans notre démarche....

- bien sûr avec grand plaisir ! En fait je dois juste passer ma thèse car elle est confidentielle pour le moment. Mais dès que je l'aurai déposée, je ne manquerai pas de vous l'envoyer.

-Qui est votre directeur de thèse ?

- Il s'agit de M. Jérôme Combe.

-Et vous êtes dans quelle région ?

- Grenoble

-Grenoble, c'est ça, et vous connaissez Benoit Allenet ?

-Oui, je le connais, c'était un de mes professeurs !

-Ok, parce qu'il est extrêmement investi dans l'ETP.

-Oui, c'est ce que je pensais parce que même sur le site web j'ai vu que c'était écrit Benoit Allenet.

Mais bien sûr avec grand plaisir, dès que je déposerai ma thèse je penserai à vous.

- ok et merci beaucoup

-Merci Madame. Bonne journée, au revoir.

Appel avec maison médicaux:

-Bonjour, nous devons nous appeler aujourd'hui à 14h30.

-Oui, désolé, je cherchais votre numéro à composer.

-Oh bien, le voici. En fait je suis étudiant en pharmacie, je suis en 6ème année. Et je fais ma thèse sur l'exercice coordonné. En faisant beaucoup de recherches parce que dans ma thèse je vais parler un peu du projet immobilier par rapport au MSP, je suis tombé sur votre organisme et je voulais vous citer dans ma thèse. Je voulais savoir quel service vous proposez aux professionnels de la santé et si vous connaissez les démarches pour monter un projet immobilier. Au niveau de l'administration quels sont les dossiers à remplir par exemple ;

- Bon, il y a donc plusieurs étapes. Je vais vous faire la petite histoire, donc je suis promoteur immobilier. J'ai livré une opération de centre-ville il y a 8 ou 9 ans et sur cette opération on avait beaucoup de logements, plus des commerces, et le maire nous a demandé une enveloppe commerciale pour pouvoir développer un centre médical pour sa ville. Donc il nous avait donné dans le cahier des charges une coque de 300 m², tout naturellement cette coque est devenue un fleuriste car malheureusement la mairie s'est vue livrer la coque mais elle n'avait ni les compétences pour effectuer le recrutement des praticiens, ni les compétences pour gérer le bâtiment, ni pour savoir vraiment comment prendre les choses en main. J'avais donc déjà créé ma structure de promotion immobilière à l'époque mais j'ai pris contact avec une amie qui avait un cabinet de recrutement médical européen, qui recrute des praticiens pour les hôpitaux, la médecine du travail, etc. En tant que prestataire de services, j'ai pu proposer mes services aux collectivités locales. En tant que prestataire de services, elle faisait déjà ce métier depuis un peu plus de 10 ans. Donc pour moi la bonne idée était de pouvoir proposer aux collectivités mais aussi aux praticiens de les

accompagner pour développer ces projets parce que le projet immobilier je le maîtrisais mais le problème était bien sûr d'avoir des praticiens dans les centres médicaux. Donc on est parti de ce constat et de ce travail. Donc on a commencé à travailler avec les collectivités au début, et aussi à accompagner les praticiens qui voulaient créer leur centre médical. Mais on peut intervenir un peu à tous les niveaux sur le principe donc aussi bien une opération qu'on va réaliser clé en main sur un projet qui est plus que le projet d'une collectivité où on va faire l'étude du secteur parce qu'il faut mettre en adéquation entre l'étude de la démographie médicale donc l'offre de soins qu'on a sur le secteur, la population en place, si je caricature, pour savoir si on met des pédiatres ou des gériatres.

Donc le travail c'est vraiment de dire qu'on essaie de compléter l'offre de soins de manière réfléchie et pas simplement d'ouvrir des cabinets pour remplir tout ce qui vient.

Concrètement, les projets immobiliers que je peux développer en matière de logement, je dois aller chercher des projets et me battre pour les avoir. Je reçois environ un ou deux appels par jour pour créer des centres médicaux, que ce soit de la part de promoteurs immobiliers ou de collectivités locales. On ne peut pas répondre à tous, donc on sélectionne, déjà parce qu'on n'est pas une multinationale, mais aussi parce qu'à un moment donné, si on le fait pour le faire, on ne le fera pas bien.

Pour revenir à votre question qui est de savoir comment mettre en place un centre médical. La première étape est de circonscrire l'équipe du projet, donc il faut identifier les praticiens avec vous pour former un premier noyau, donc le noyau c'est plus le noyau médical, globalement, tout ce qui est paramédical peut être assemblé très rapidement et très facilement une fois qu'il y a une inertie dans la médecine de ville. Donc le médecin généraliste est vraiment le cœur du problème. Une fois que le médecin généraliste est là, par la force des choses, il est le prescripteur. Et puis sur la partie projet immobilier, il faut pouvoir étudier le secteur si vous avez quelque chose qui est déjà identifié

sur un lieu donné, il faut s'assurer que vous pouvez réaliser ce projet là à cet endroit. Donc c'est l'étude de tous les documents d'urbanisme pour vérifier si l'activité est réalisable sur ce secteur. Ensuite, c'est de réaliser une faisabilité avec un architecte. De faire un pré-costage du projet pour connaître le prix du projet. Ensuite, il y a 2 dynamiques possibles, soit vous partez du constat pour dire je veux rester propriétaire et exploiter donc ce qui peut être totalement ou partiellement vrai. Vous pouvez aussi être propriétaire de votre pharmacie pour l'exploiter et éventuellement être en copropriété avec les autres partenaires sur le projet initial. Et la troisième partie serait des bureaux dont vous seriez également propriétaires ensemble, que vous pourriez louer à d'autres praticiens paramédicaux. Après tout, tout peut être modulé en fait, c'est vraiment une volonté de la part des partenaires et du contexte aussi. Alors à l'inverse, pour être propriétaire de l'ensemble de l'immobilier, c'est pour ça que je parlais de 2 dynamiques, soit vous avez une dynamique qui est plutôt sur l'exploitation, soit une dynamique qui est sûre de la promotion pure, c'est-à-dire que vous allez construire un projet pour revendre les cellules à des praticiens qui vont vous les acheter directement. C'est que le calcul n'est pas exactement le même.

C'est à peu près tout. Ai-je répondu à vos questions ?

- Je pense que j'ai bien compris les étapes. Et si, par exemple, pour un professionnel de santé, ça peut être compliqué de faire l'étude de faisabilité, par exemple, des choses comme ça, ce sont des choses qui sont faites par des professionnels, ce n'est pas aux PDS de le faire ?

- Ah oui, c'est vrai. On a déjà été confronté à des sujets comme ça. Ça nous est arrivé deux fois où des médecins nous ont demandé comment faire, alors on leur a expliqué ce qu'on pouvait faire et comment on pouvait les accompagner. Mais ils voulaient qu'on leur explique tout pour qu'ils puissent le faire eux-mêmes. Le problème est que cela prend beaucoup de temps, car il y a

beaucoup de travail de développement technique, de conception... Il faut savoir ce que c'est, ça prend beaucoup de temps, beaucoup d'allers-retours, donc voilà.

Après, il faut en avoir conscience, mais les deux projets sur lesquels on a essayé d'accompagner comme ça, où les médecins voulaient vraiment tout gérer de A à Z, les projets n'ont jamais vu le jour.

Ça demande un peu d'expertise, donc le mieux c'est d'avoir l'ensemble, parce que vous avez aussi toutes les assurances, tout le contrôle du planning, parce que si à un moment donné vous vous substituez à ces professionnels qui sont assurés en conséquence, si vous donnez des ordres d'exécution qui sont contraires aux règles de l'art et qu'il y a un problème, les assurances ne vont pas vous rater parce que vous savez que la première étape c'est de ne pas payer.

C'est aussi la réflexion à moyen et long terme de la pérennité de ces investissements...

-Je comprends bien, c'est très clair, je n'avais pas d'autres questions, donc merci.

-N'hésitez pas si vous avez des questions supplémentaires.

-Pas de problème, c'est très gentil de votre part.

Bonne journée monsieur

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes*



Serment de Galien



« En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

THÈSE SOUTENUE PAR : Léa GHERISSI

TITRE : Accompagnement des professionnels de santé dans la mise en place et la pérennisation de l'exercice coordonné

RÉSUMÉ:

La pratique coordonnée est une forme qui permet à de nombreux praticiens de santé de collaborer avec d'autres acteurs de santé sur des projets de soins spécifiques dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et les parcours de soins. En raison de la transition épidémiologique, de l'extension des déserts médicaux, de la dégradation de l'accès aux soins et de la révolution numérique, le gouvernement français a une volonté politique forte de faire de la pratique isolée l'exception et de la pratique coordonnée la nouvelle norme, notamment à travers le plan d'action Ma santé 2022.

Cependant, les objectifs fixés n'ont pas été atteints et les chiffres suggèrent une certaine hésitation de la part des professionnels de santé.

L'objectif de cette étude était de découvrir les causes de la réticence des professionnels de santé à s'engager dans l'exercice coordonné, ainsi que les difficultés rencontrées par ceux qui le font pour établir, suivre et optimiser une structure d'exercice coordonné.

Dans 66 réponses de professionnels de santé, le manque de temps et le manque d'idées pour initier la pratique coordonnée ont été fréquemment cités comme des obstacles. Pour les aider, nous avons élaboré une feuille de route décrivant les différentes phases nécessaires à la mise en place d'une structure d'exercice coordonnée. Pour rendre la feuille de route plus tangible, nous nous sommes placés dans la position de professionnels de santé qui ont sélectionné un projet de santé axé sur la prévention du diabète. Bien évidemment, toutes les idées fournies par les professionnels de santé en exercice coordonné dans leurs réponses au questionnaire et leurs demandes d'informations sur les organisations de financement et de soutien ont été intégrées dans la feuille de route.

Malgré les nombreux organismes d'accompagnement des professionnels dans l'exercice coordonné, les professionnels de santé se sentent à l'abandon lorsqu'il s'agit de choisir, mettre en place et optimiser un projet de santé. L'industrie pharmaceutique a un rôle à jouer dans l'accompagnement des professionnels de santé précisément à cette étape. Dans cette étude, l'exemple de Roche Diabetes Care a été utilisé afin de représenter l'industrie pharmaceutique. La nouvelle stratégie de Roche Diabète repose sur la création de valeur, qui consiste à offrir un service complet et distinctif en soutenant les professionnels de santé en pratique coordonnée et, en particulier, sur les initiatives de santé entourant la prévention du diabète. La viabilité de cette stratégie a été évaluée à l'aide d'une analyse financière et d'une étude de marché.

En raison de la croissance et du vieillissement de la population, le marché des produits liés au diabète est durable. De plus, l'environnement politique, économique et social est extrêmement favorable à la pratique coordonnée. Afin d'acquérir un avantage financier sur un marché comptant peu de concurrents, nous conseillons à Roche Diabetes Care de tout mettre en œuvre pour entrer sur le marché de la pratique coordonnée le plus tôt possible. En outre, le portefeuille de Roche comprend un pack de prévention diabète qui, lorsqu'il est associé à la feuille de route et au soutien des forces de vente aux professionnels de santé, permet à l'entreprise de se rapprocher des structures de pratique coordonnée.

Compte tenu des défis financiers auxquels Roche est confrontée, il serait judicieux que l'entreprise saisisse l'occasion de créer de la valeur, d'améliorer son image de marque, d'accroître sa part de marché et d'obtenir un solide retour sur investissement en entrant sur le marché de l'exercice coordonné.

MOTS CLÉS : Exercice coordonné, Santé, Diabètes, Industrie pharmaceutique

FILIÈRE : INDUSTRIE