

ANNÉE 2018

N° 42

**THÈSE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**par Morgane Angibaud**

-----  
*Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2018*

*La coopération interprofessionnelle :  
son intérêt et sa mise en œuvre*

**Président :** Mme Virginie FERRÉ, Pharmacien PU-PH de Bactériologie  
Virologie  
**Membres du jury :** Mme Aude VEYRAC, Pharmacien MAST – Formation  
Pharmaceutique Continue  
Mme Véronique DEGOULET, Infirmière Diplômée d'État  
Mme Catherine LEVEQUE, Pharmacien d'officine

## **Remerciements**

**Merci à Madame Aude VEYRAC**

d'avoir accepté d'être directrice de cette thèse et de m'avoir accompagné pendant tout ce travail.

**Merci à Madame Virginie FERRÉ**

d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

**Merci à Mesdames Catherine LEVEQUE et Véronique DEGOULET**

d'avoir accepté de faire partie de ce jury et de m'avoir accompagné pendant mon stage officinal.  
Je remercie aussi Alice, Laurence et Pascal.

**Merci à Mesdames Béatrice BONNAVAL, Anne-Claire OGER, Evelyne RAMBAUD, Carine RENAUX, Marine ROSSIGNOL, Sophie TOUFFLIN – RIOLI et Messieurs Philippe BRETONNIÈRE, Philippe GRANDON, Stéphane GUERRAUD, Jean-François HUON, Clément LE GLATIN, Jean-François MOREUL, Vincent NADEAU**

d'avoir partagé avec moi leur expérience et de m'avoir permis de comprendre le travail en interprofessionnalité.

**Merci à Arthur, Simon et Maman,**

de m'avoir aidé à la rédaction de cette thèse.

**Merci, enfin, à toutes les personnes qui m'ont aidées et soutenues pendant mes études, que ce soit les personnes que j'ai rencontré lors de mes mandats associatifs, mes amis, ma famille et Simon.**

---

## Sommaire

---

Liste des figures .....	4
Liste des tableaux .....	5
Liste des abréviations .....	6
Introduction .....	7
Partie 1 : Une nouvelle approche pour l'offre ambulatoire.....	8
I.        Un besoin de soins poussé par le vieillissement de la population.....	8
1.    La multiplicité des maladies chroniques : le concept de multimorbidité.....	8
2.    Les conséquences médico-sociales de la multimorbidité.....	11
3.    Le rôle de la prévention et de la promotion de la santé.....	12
II.      La garantie d'une accessibilité aux soins .....	14
1.    La densité des professionnels de santé en France .....	14
2.    La disponibilité des professionnels, en particulier des médecins généralistes	18
III.    L'assurance de la qualité et de la pertinence des soins .....	22
1.    La définition de la qualité des soins .....	22
2.    Les raisons de survenue des effets indésirables associés aux soins .....	23
3.    Des soins inefficaces et inappropriés trop présents.....	25
4.    Un enjeu économique.....	26
Partie 2 : Analyse des formes de coopération interprofessionnelles existantes .....	28
I.        Les réseaux de santé .....	28
1.    De la création des réseaux à leur première définition .....	28
2.    Les réseaux de santé de 2002 jusqu'à aujourd'hui.....	29
3.    Les nouveaux défis des réseaux de santé .....	31
4.    L'exemple de Maladies chroniques 44 (MC44).....	32
5.    Le rôle du pharmacien dans ces structures .....	36
II.      Les protocoles de coopération entre les professionnels de santé .....	37
1.    La création d'un protocole de coopération.....	37
2.    Le protocole ASALÉE .....	38
3.    Le protocole : « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques ».....	41
4.    L'inclusion des pharmaciens dans les protocoles de coopération.....	42
5.    Des initiatives pour aboutir à une évolution globale des pratiques.....	45

III.	Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).....	46
1.	L'écriture du projet de santé, un commencement .....	47
2.	La mise en œuvre du projet, le quotidien .....	49
3.	Les avancées des maisons de santé pluriprofessionnelles.....	53
Partie 3 : Apprendre à travailler en coopération : la construction d'un enseignement interprofessionnel.....		56
I.	Les protagonistes dans l'enseignement interprofessionnel .....	58
1.	Les apprenants.....	58
2.	Les formateurs.....	59
3.	Les institutions .....	60
II.	Les compétences visées par l'éducation à l'interprofessionnalité.....	61
1.	L'éthique .....	62
2.	Les rôles et les responsabilités .....	62
3.	La communication.....	63
4.	L'organisation en équipe.....	64
III.	Les méthodes d'enseignements.....	65
1.	Le <i>speed-dating</i> , l'exemple de l'Université Rennes 1 .....	65
2.	Apprendre par le jeu de rôles : l'exemple de l'Université de Nantes.....	65
3.	Construire un projet de groupe : l'exemple de l'Université d'Angers.....	67
4.	D'autres méthodes d'enseignements.....	68
IV.	Les méthodes d'évaluation.....	70
Conclusion.....		71
Bibliographie.....		72
Annexes.....		84
1.	Adhésion à un protocoles de coopération autorisé.....	84
2.	L'accord conventionnel interprofessionnel .....	85
3.	Exemple de jeu de rôle de l'UE Compétences Partagées de l'Université de Nantes.....	89
4.	RDV avec M. Philippe GRANDON, pharmacien (MC44).....	91
5.	RDV avec M Vincent NADEAU, pharmacien (Pôle de Santé Anjou Ouest) 95	
6.	RDV avec M. Philippe BRETONNIERE, médecin généraliste et Mme Carine RENAUX, infirmière libérale (Pôle Santé Savenay) .....	98

---

## Liste des figures

---

Figure 1 Niveaux de risques de la population mesurés par la CNAMTS.....	9
Figure 2 Illustration de la prise en charge centrée sur le patient .....	10
Figure 3 Pyramide de soins.....	13
Figure 4 Évolution du numerus clausus depuis son installation.....	15
Figure 5 Évolution des quotas depuis leurs instaurations.....	16
Figure 6 Densité des médecins en activité régulière tous modes d'exercice en 2017.....	17
Figure 7 Carte de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en 2018 .....	20
Figure 8 Dimensions de la qualité .....	23
Figure 9 Modèle du fromage suisse.....	24
Figure 10 Causes d'EIAS parmi le facteur lié à l'équipe.....	25
Figure 11 Évolution des soldes du régime général de la Sécurité sociale .....	26
Figure 12 Étapes de l'éducation thérapeutique du patient .....	35
Figure 13 Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif ASALÉE .....	40
Figure 14 Étape du bilan de médication partagé .....	44
Figure 15 Création d'une maison de santé pluriprofessionnelle .....	46
Figure 16 Impact de l'EIP sur la collaboration professionnelle et sur le système de santé .....	57
Figure 17 Taxonomie de Bloom .....	61
Figure 18 Domaines de compétences de l'éducation interprofessionnelle.....	62

---

## Liste des tableaux

---

Tableau 1 Classement des causes profondes.....	24
Tableau 2 Niveaux d'évaluation .....	70

---

## Liste des abréviations

---

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

APMSL-PSL : Association des Pôles et Maisons de Santé libéraux des Pays de la Loire

ARS : Agence régionale de santé

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CPTS : Communauté de professionnels territoriale de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier Médical Partagé

DPC : Développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EIAS : Événement indésirable associé aux soins

EIP : Éducation interprofessionnelle

ESP : Équipe de soins primaires

ETP : Éducation thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi)

IDE : Infirmier diplômé d'État

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MC44 : Maladies Chroniques 44

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSPU : Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

UFR : Unités de Formation et de Recherche

---

## Introduction

---

« *Aucune profession ne possède elle seule toute l'expertise requise pour répondre de manière satisfaisante et efficace à la gamme complexe des besoins de nombreux usagers des services de santé* » déclare le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalité en santé.

L'interprofessionnalité est l'un des sujets phares de l'actualité dans le domaine de la santé. L'interprofessionnalité ou collaboration professionnelle est caractérisée par l'association, dans une optique de complémentarité, de plusieurs professionnels de santé issus de différentes professions travaillant ensemble avec les patients, les familles, les soignants et les communautés pour proposer une prise en charge optimale (1).

Les soins primaires ou soins de premier recours sont définis, comme étant le premier niveau de contact avec le système national de santé et comme étant au plus proche des lieux de vie et de travail. En France, ces soins ont longtemps manqué de coordination entre les professionnels de santé. Cela s'explique notamment par le fait que le système de santé français était, et reste en partie, très centré sur l'hôpital. La majorité des moyens n'était pas investis dans les soins primaires alors que c'est un secteur porteur du système de santé. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) l'écrit d'ailleurs dans son rapport de 2008 intitulé « *Primary health care : now more than ever* » (2). Les formes de coopération interprofessionnelle créées depuis le début des années 2000 ont permis de structurer ces soins primaires.

Il paraît donc évident aujourd'hui de travailler en s'engageant dans cette démarche d'interprofessionnalité. Malgré cela, peu de professionnels de santé connaissent les formes de coopération existantes et ce qu'elles impliquent.

Cette thèse a pour but, non seulement d'expliquer en quoi l'interprofessionnalité améliore la prise en charge des patients et les pratiques des professionnels de santé, mais aussi, de définir les moyens actuels et futurs pour y parvenir.

Dans un premier temps, sera étudiée en quoi l'interprofessionnalité est une nouvelle approche pour les soins ambulatoires. Dans un second temps, seront présentées et analysées les formes de coopérations qui existent actuellement. Enfin, sera présenté l'éducation interprofessionnelle, un moyen pour favoriser la coopération.

---

## Partie 1 : Une nouvelle approche pour l'offre ambulatoire

---

L'offre de soins est définie comme l'ensemble des ressources mobilisées pour assurer les prestations de soins et de services afin de répondre aux besoins de la population. Actuellement, l'offre de soins est insuffisante, à cause de l'augmentation des besoins en soins et de la diminution de l'accessibilité aux professionnels de santé.

### **I. Un besoin de soins poussé par le vieillissement de la population**

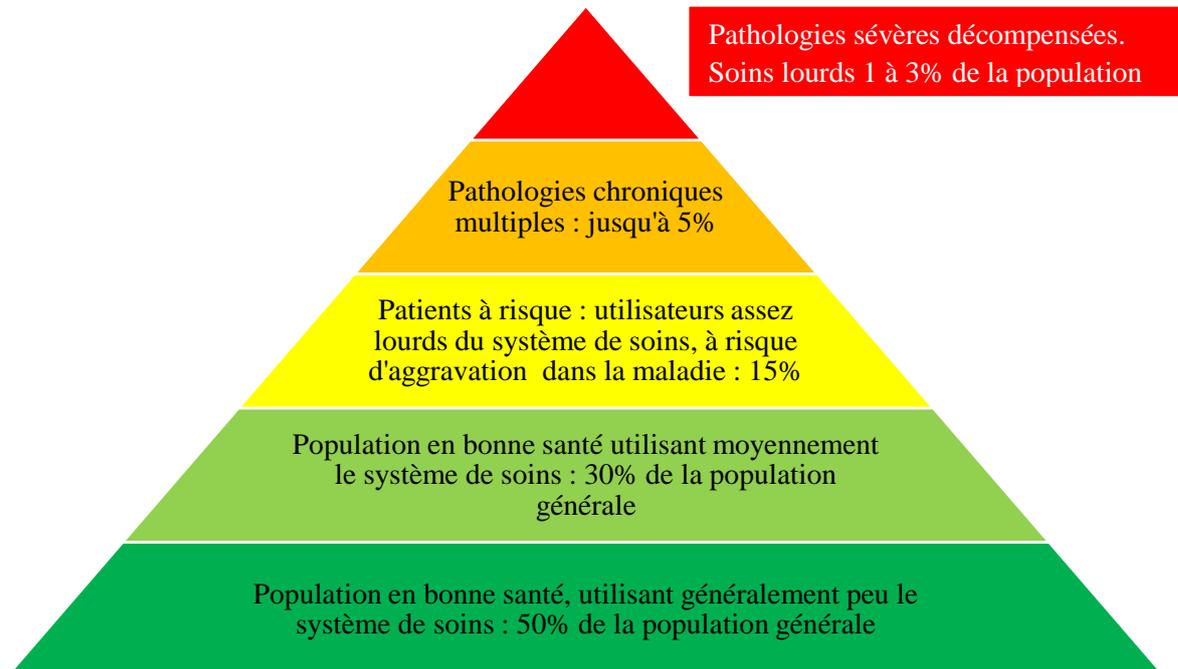
L'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux ont pour conséquence une augmentation de l'espérance de vie, et donc un vieillissement de la population. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) estime que la population âgée va doubler entre 2013 et 2070 (3,4). Ce vieillissement s'accompagne logiquement d'une croissance du nombre de patients atteints de pathologies chroniques avec pour conséquence, une augmentation du besoin de soins.

#### **1. La multiplicité des maladies chroniques : le concept de multimorbidité**

Les maladies chroniques sont la première cause de mortalité dans le monde avec 63% des décès (5). Aujourd'hui, en France, il est estimé qu'environ 15 millions de personnes en sont atteintes (6). Selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), entre 2015 et 2020, le nombre de personnes atteintes d'une maladie cardio-neuro-vasculaire devrait augmenter de 13 %. Les deux tiers de cette hausse sont attribués uniquement à l'évolution démographique. Dans la même période, d'autres pathologies devraient connaître de fortes hausses comme le diabète (+ 12 %) ou les maladies inflammatoires (+ 20%) (7).

La forte progression des maladies chroniques a fait apparaître récemment le concept de multimorbidité. Elle est définie par la coexistence d'au moins deux maladies chroniques, sans prise en compte de la gravité ni des corrélations entre les maladies. Il n'existe pas de méthode standardisée pour la mesurer ; néanmoins, il est prouvé que la multimorbidité augmente avec l'âge (8,9).

La multimorbidité ne représente qu'une faible proportion de la population mais est un poids important en termes de santé publique (cf. figure 1).



*Figure 1 Niveaux de risques de la population mesurés par la CNAMTS (10)*

La multimorbidité augmente l'utilisation des services de soins en fréquence et en nombre. C'est un élément complexe pour les professionnels de santé car il n'existe pas de recommandations concernant ces patients. En effet, ils ne sont pas inclus dans les essais cliniques la plupart du temps. Pour appréhender la situation, les professionnels de santé, et en particulier le médecin généraliste, doivent prendre en compte le patient dans son ensemble (cf. figure 2) et entrer dans une démarche de prise en charge centrée sur le patient.

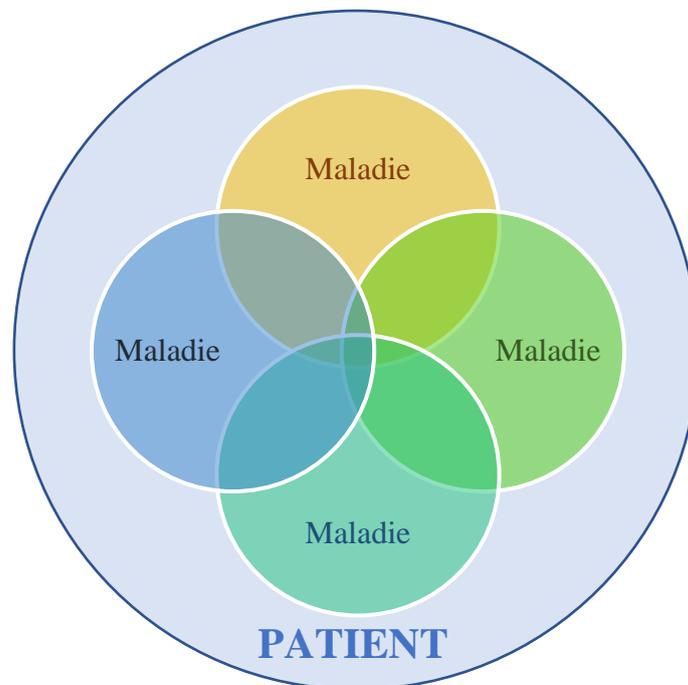


Figure 2 Illustration de la prise en charge centrée sur le patient

La Haute Autorité de Santé (HAS) déclare que « *la démarche centrée sur le patient s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel de santé ou une équipe pluriprofessionnelle pour aboutir ensemble à la construction d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches.* » (11).

La HAS définit trois fondements pour une démarche centrée sur le patient : « *la personnalisation des soins [...], le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans ses soins et dans la gestion de sa vie avec la maladie [...] et une continuité des soins dans le temps en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluriprofessionnelle [...].* » (11).

## 2. Les conséquences médico-sociales de la multimorbidité

La multimorbidité impacte sur la qualité de vie du patient et sur la perte d'autonomie. Il est donc nécessaire de ne pas négliger ces aspects pour la prise en charge.

### a. *L'impact sur la qualité de vie*

L'OMS définit en 1984 la qualité de vie comme : « *la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ». De cette définition découlent six domaines qui permettent d'éclairer la qualité de vie : physique, psychologique, indépendance de la personne, relations sociales, environnement et spiritualité / croyances personnelles (12). La qualité de vie est le résultat de la seule appréciation par l'individu concerné, même si elle ne correspond pas à la réalité des performances que l'on observe.

Un individu atteint d'une maladie chronique peut avoir des difficultés à suivre « normalement » une scolarité ou une formation, être exposé au risque de perte d'emploi en raison d'une inadaptation au poste de travail, se voir refuser un contrat d'assurance ou d'emprunt, être limité dans la pratique d'une activité sportive et d'autres activités nécessaires à son équilibre personnel. Elle peut aussi entraîner des handicaps, parfois lourds.

La multimorbidité a donc un impact important sur la qualité de vie. Toutefois, il n'existe pas de lien entre le nombre de maladies et la qualité de vie (13).

### b. *L'impact sur la perte d'autonomie*

« *L'autonomie d'une personne dépend de ses capacités à réaliser des actes de la vie quotidienne, mais aussi de l'environnement dans lequel elle vit. Pour évaluer le degré de l'autonomie, est idéalement prônée une approche combinant l'étude des déficiences (altérations corporelles ou dysfonctionnement de parties du corps ou du cerveau), des limitations de certaines fonctions physiques ou cognitives et des restrictions d'activité rencontrées au quotidien.* ». Cette approche de l'autonomie est officialisée par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (14).

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation dans un délai de un à trois ans selon la HAS (15). La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) définit la fragilité comme : « *un syndrome clinique. Ce syndrome reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress.* ». Les personnes dite fragile représente environ 15 à 20 % de la population des plus de 65 ans en France (16). Pour déterminer le niveau de fragilité, les professionnels peuvent utiliser un questionnaire : la grille SEGA-A (17). L'âge, la nutrition mais aussi le nombre de médicaments et le nombre de maladies associées sont des critères d'évaluation de la fragilité.

La perte d'autonomie concerne aussi bien le monde médical que le monde des sciences humaines et sociales, ce qui rend la démarche interprofessionnelle indispensable (6). C'est dans cette vision qu'est né le dispositif Parcours de Santé des Aînés (PAERPA). Il a pour objectif de maintenir une autonomie la plus satisfaisante possible, le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Le dispositif est articulé sur cinq actions clés : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments (18).

### 3. Le rôle de la prévention et de la promotion de la santé

Certains facteurs de risque sont communs à plusieurs maladies chroniques : obésité, tabac, alcool, inactivité, etc. La diminution de la prévalence des maladies chroniques est donc un enjeu majeur de santé publique, et elle passe par la prévention et la promotion de la santé (19).

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Elle vise à produire un changement de comportement susceptible d'entraîner une baisse du nombre d'apparitions et de la gravité d'un trouble (20). Dans la prévention, sont distinguées : la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution, et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (21).

Concernant la prévention primaire, les initiatives et les pratiques identifiées sont pour la majorité en lien avec la nutrition : prévention de l'obésité, amélioration de la qualité de l'alimentation des enfants et des adultes et prévention du diabète. Les autres thèmes retrouvés sont la lutte contre les addictions, la prévention du risque cardio-vasculaire, la promotion de la vaccination, l'augmentation du bien-être psychologique, etc. Pour sa part, la prévention secondaire renvoie principalement aux actions de dépistage des maladies cardio-vasculaires, le diabète et les cancers (22).

La promotion de la santé est quant à elle plus universelle et concerne toute personne quelle que soit sa santé (cf. figure 3). Elle a été définie dans la Charte d'Ottawa, signée en 1986, comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.* » (23). Elle comprend par exemple le développement des compétences individuelles et la création d'un environnement favorable.

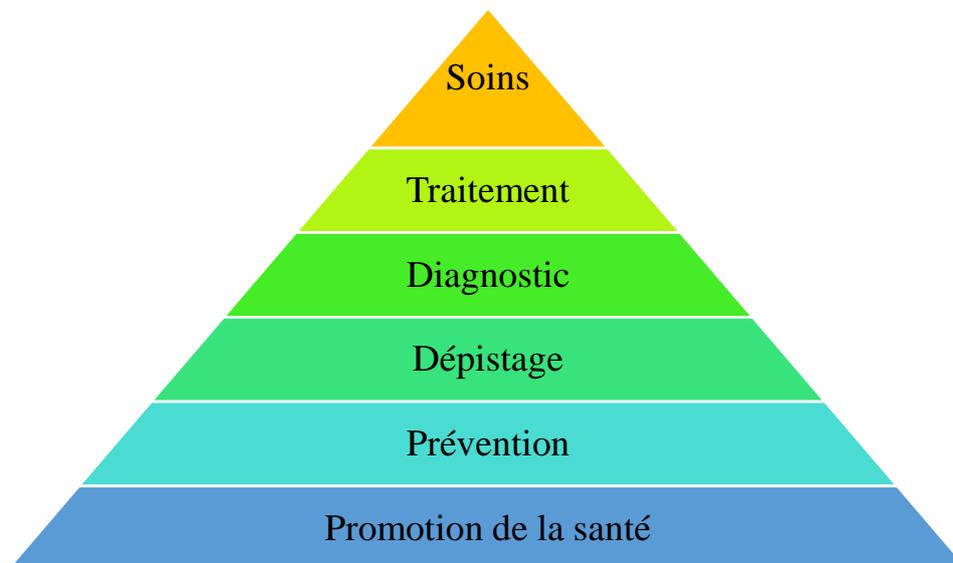


Figure 3 Pyramide de soins

La mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé exige des transformations des services de santé, encore trop orientés vers des soins techniques et curatifs. Elle exige des professionnels de santé une volonté de travail interprofessionnel car il est trop lourd de porter seul un projet de prévention et de promotion de la santé, et un investissement des pouvoirs publics. En ce sens, la Stratégie nationale de santé 2018 – 2022 fait de la promotion de la santé et la prévention son premier axe de travail avec, en avril 2018, la présentation de « *Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie* » (24).

## II. La garantie d'une accessibilité aux soins

Certains territoires sont considérés comme des déserts médicaux de par la trop faible présence de professionnels de santé par rapport à leurs besoins. Cela se traduit par un allongement du délai d'attente en cabinet médical, des difficultés à obtenir un rendez-vous et une augmentation de la charge de travail des professionnels de ces régions. Aujourd'hui, 8,1% de la population française réside dans un territoire à faible densité médicale (elle ne peut avoir accès qu'à 2,5 consultations par an à moins de 20 minutes de chez elle) (25). L'exercice coordonné répond à cette problématique, attirant les professionnels de santé en zones de faible densité médicale et augmentant leur disponibilité avec une réorganisation des tâches (18).

### 1. La densité des professionnels de santé en France

La densité des professionnels de santé se caractérise par le nombre de professionnels de santé et leur répartition sur le territoire. La littérature se consacre principalement aux médecins généralistes ; les autres professionnels de santé s'installant autour d'eux. La liberté d'installation porte sur tous les professionnels de santé excepté les pharmaciens.

#### a. Une augmentation du nombre de professionnels de santé ...

En France, la régulation du nombre de professionnels de santé se fait par *numerus clausus* pour les professions passant par la Première année commune des études de santé (PACES) ou par quotas pour les autres professions (26). Le *numerus clausus* désigne le nombre de places disponibles en seconde année d'études médicales pour les cinq professions que sont la médecine, la pharmacie, l'odontologie, la kinésithérapie et la maïeutique. Les quotas s'appliquent quant à eux à l'entrée de la première année et concernent les infirmiers, les psychomotriciens, les orthophonistes et, depuis la rentrée 2015, les orthoptistes et les audioprothésistes.

Les conclusions du rapport « *Démographie des professions de santé* » présentées par Yvon BERLAND, alors Doyen de l'Unités de Formation et de Recherche (UFR) de Médecine de Marseille, en 2002, ont entraîné une augmentation immédiate des *numerus clausus* tout en sachant que son influence produira un impact à une échéance différée en fonction de la durée des études (27). Les graphiques suivants (cf. figures 4 et 5) représentent l'évolution du *numerus clausus* depuis sa création jusqu'en 2015. Ils ne prennent donc pas en compte la modification d'entrée des études pour les masseurs – kinésithérapeute qui est incluse ici dans les quotas.

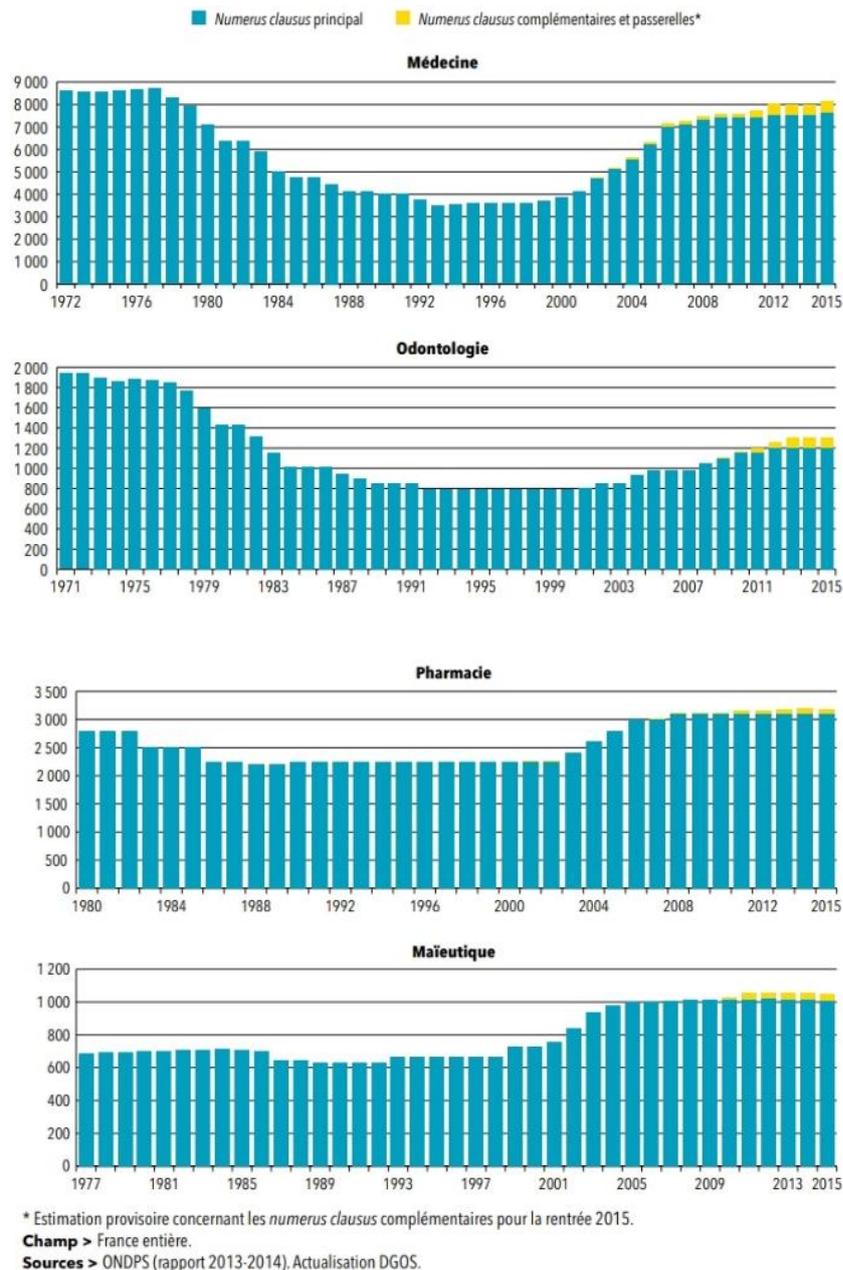


Figure 4 Évolution du *numerus clausus* depuis son installation (28)

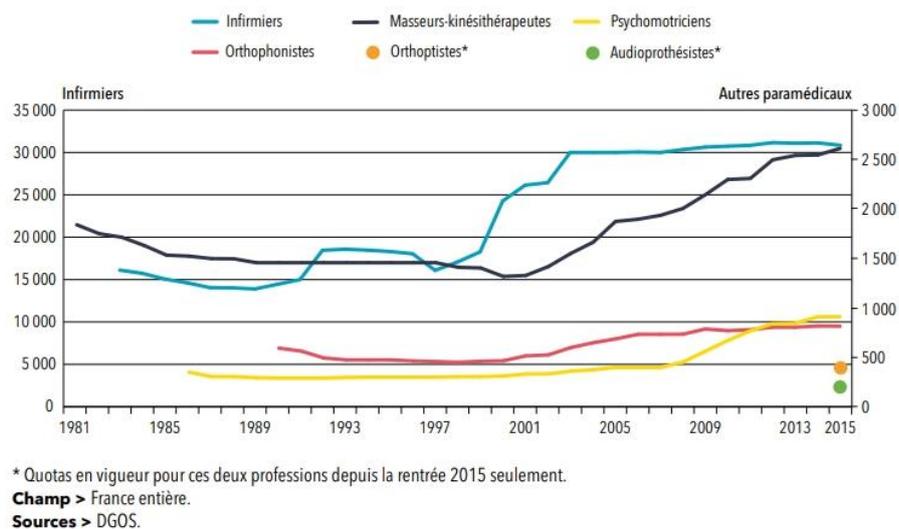


Figure 5 Évolution des quotas depuis leurs instaurations (28)

Cependant, une augmentation du nombre de professionnels de santé formés ne présume pas d’une augmentation des professionnels de santé libéraux. L’intérêt croissant des spécialités, du travail en salariat et l’arrivée des professionnels étrangers perturbent cette logique linéaire. Les médecins en sont un exemple. Le nombre de médecins généralistes en activité régulière (tous modes d’exercices) a diminué de 9.1% de 2007 à 2017 (29). De plus, les médecins ayant choisi la médecine générale s’installent plus tardivement (30).

*b. ... avec une mauvaise répartition sur le territoire*

L’installation des médecins généralistes n’est pas régulée et la France fait face à une répartition inégale des médecins et donc à l’apparition des zones à faible densité médicale. L’étude de la répartition des médecins généralistes, par le Conseil National de l’Ordre des Médecins (CNOM) a permis d’établir une carte qui souligne les territoires en sous-densité de médecins généralistes (entouré en rouge ici) (cf. figure 6) :

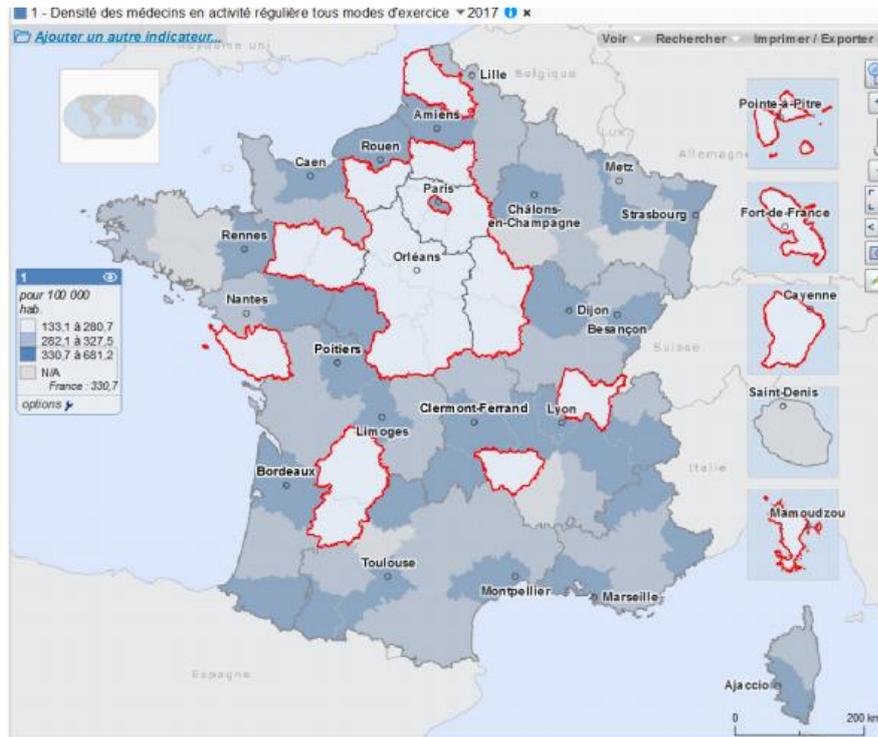


Figure 6 Densité des médecins en activité régulière tous modes d'exercice en 2017 (29)

Il est observé un nombre plus élevé de médecins généralistes sur le pourtour méditerranéen, ce qui marque une opposition entre le Nord et le Sud de la France. Cependant, les inégalités entre les régions ne sont pas la cause principale des inégalités sur le territoire. 90 % des inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux s'observent à l'intérieur d'une région entre le domaine rural et urbain et entre le centre et la périphérie (31). Les médecins favorisent donc les villes lors de leur installation, ce qui est expliqué par deux éléments.

Dans un premier temps, les jeunes professionnels de santé privilégient le plus souvent leur vie privée à leur vie professionnelle (28). Ils recherchent un lieu de vie proche de la zone urbaine avec des établissements scolaires et des commerces à proximité. Le travail du conjoint influence également le choix. D'autant plus, que les professionnels de santé veulent être à moins de 30 minutes de leur lieu de travail, cela rapproche l'installation des médecins dans la ville et ses alentours proches (31).

Dans un second temps, sur le plan professionnel, être entouré est le premier critère pour une installation. Effectivement, 90% des futurs médecins généralistes souhaitent avoir à proximité un laboratoire d'analyse, une pharmacie et/ou des professionnels paramédicaux libéraux. La coopération professionnelle avec les nouvelles formes d'exercice coordonné est un critère de choix pour les professionnels. Il est noté également que les futurs médecins placent en première position dans les mesures incitatives, une aide financière pour les maisons de santé ou les cabinets de groupe (32). Favoriser les exercices coordonnés est justement une mesure du Pacte Territoire Santé de 2016 (33). Pour exemple, en 2013, trois quarts des maisons de santé pluriprofessionnelles étaient situés dans des bassins de vie à dominante rurale et principalement implantés dans des bassins de vie défavorisés (34).

Les futurs professionnels estiment que l'aspect financier est important pour l'installation mais n'est pas un critère prioritaire, ni suffisant. Cela explique le faible succès des mesures incitatives financières sur l'installation mis en place par l'État qui sont le contrat d'engagement de service public (CESP) et le statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG) (18). De plus, ces mesures sont très peu connues des internes en médecine générale.

En 2015, la quasi-totalité de la population (98 %) réside dans une commune située à moins de 10 minutes en voiture d'un médecin généraliste (35). Toutefois, prendre en compte uniquement la distance n'est pas suffisant. D'autres facteurs entrent en jeu comme la disponibilité des professionnels de santé, la variabilité géographique des professionnels de santé avec un dépassement d'honoraire ou encore les inégalités sociales (22).

## 2. La disponibilité des professionnels, en particulier des médecins généralistes

De 2012 à 2017, le délai d'attente des généralistes a doublé, passant de 4 à 8 jours (36). Les patients se plaignent d'un délai d'attente trop long, en particulier pour les spécialistes, et d'un manque de disponibilités des professionnels de santé. En 2015, 55 % des personnes interrogées avaient déjà éprouvé des difficultés à obtenir un rendez-vous médical rapidement (37). Lorsque les Français sont dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous médical, ils cherchent en majorité à se tourner vers un autre professionnel de santé (pharmacien ou autre spécialité médicale) (28%) ou bien à consulter quelqu'un de plus éloigné géographiquement (27 %), certains vont aux urgences hospitalières, d'autres renoncent aux soins ou ont recours à l'automédication. Selon le rapport « *Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires* », 43% des passages aux urgences pourraient être pris en charge en ambulatoire (7).

L'exercice de la médecine générale ne se résume pas aux activités de soins de la patientèle du cabinet ; elle inclut également des temps de formation, des tâches administratives (secrétariat, comptabilité...) et des activités réalisées en dehors du cabinet. Par exemple, six médecins généralistes sur dix participent à la permanence des soins, près d'un sur trois pratique des activités de soins, de coordination ou d'expertise dans une structure extérieure (établissement de santé, maison de retraite, crèche...) et un sur dix exerce des activités au sein d'une organisation professionnelle (syndicat, ordre, union professionnelle, société savante) (38).

Pour un médecin généraliste, la durée moyenne d'une semaine de travail est de 57 heures. Ce chiffre varie selon le sexe (les femmes travaillent moins d'heures que les hommes), l'âge (les plus jeunes travaillent moins que leurs aînés) et la zone d'exercice (la charge de travail est plus importante en milieu rural). Cette durée moyenne de travail diminue progressivement au fil des années. Pendant longtemps, la féminisation de la profession était évoquée comme raison principale. Il est reconnu aujourd'hui que cette diminution est due à un désir, sans distinction de genre, de la nouvelle génération de travailler moins d'heures que leurs aînés (38,39).

Pour évaluer la disponibilité des professionnels, il existe « *l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin* », développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l' Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (40). Il recouvre trois dimensions : l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou de ses visites ; le temps d'accès au praticien et le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins différenciés. L'indicateur d'APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. Il tient compte des médecins généralistes présents sur le territoire et de leur âge afin d'anticiper notamment les futurs départs en retraite (cf. figure 7) (41).

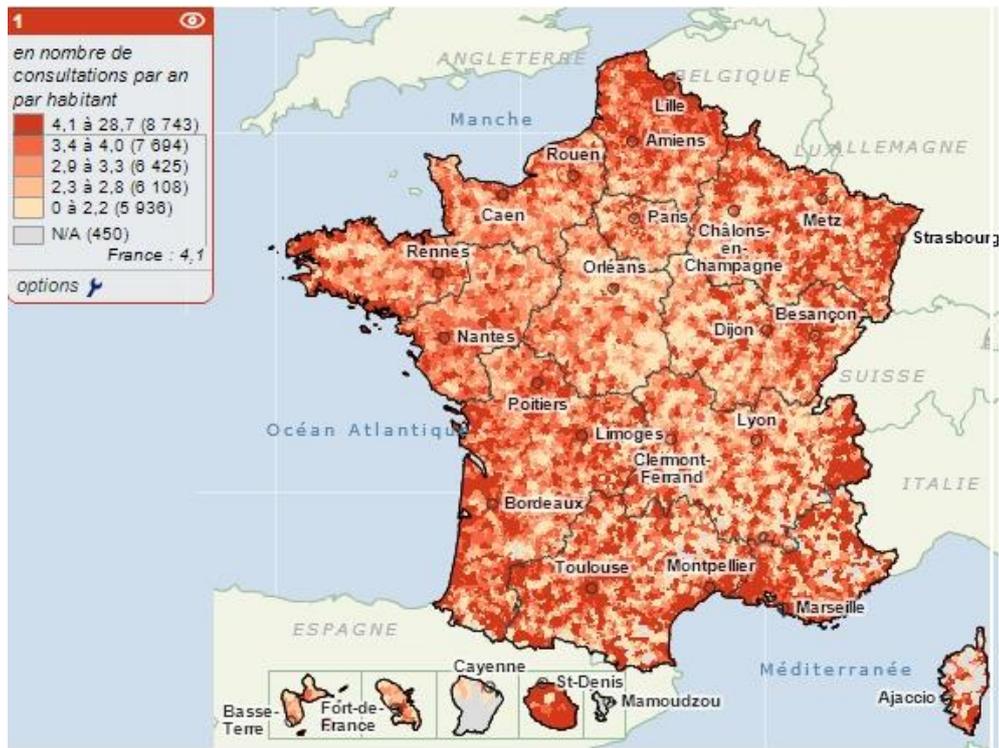


Figure 7 Carte de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en 2018 (42)

L'exercice en groupe, sans être nécessairement pluriprofessionnel, permet dans un premier temps la mutualisation des moyens, et en particulier le secrétariat. Déjà un médecin sur deux possède un secrétariat avec un chiffre plus élevé chez les médecins travaillant en groupe. Le secrétariat réalise différentes tâches : accueil des patients, prise de rendez-vous, passage de commandes, archivage des dossiers, etc. Puis, dans un second temps, la coopération interprofessionnelle, à travers les protocoles de coopération et les protocoles pluriprofessionnels de soins en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), permet la réorganisation des tâches, ce qui libère du temps médical.

En parallèle, la télémédecine, inscrite dans une démarche de coopération professionnelle ou non, est une réponse à la diminution de l'accessibilité des professionnels de santé. Les actes relevant de la télémédecine sont les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Quatre axes constituent la télémédecine selon la loi :

- « *La téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;*
- *La téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;*
- *La télésurveillance médicale permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient ou par un professionnel de santé ;*
- *La téléassistance médicale permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte » (43,44).*

### III. L'assurance de la qualité et de la pertinence des soins

En plus d'améliorer l'état de santé de la population, et de garantir un plus grand accès aux soins, la coopération interprofessionnelle agit en faveur d'une meilleure qualité dans les soins.

#### 1. La définition de la qualité des soins

Plusieurs définitions de la qualité des soins coexistent. La plus employée vient de l'Institut de médecine des États-Unis (IOM) qui précise que la qualité est : « *la capacité des services de santé [...] d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment.* » (45).

La qualité est multidimensionnelle sans toutefois que la littérature décrive de manière homogène ces dimensions. Malgré cela, cinq dimensions sont très largement retrouvées (cf. figure 8) :

- L'efficacité : Capacité de réaliser des soins souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin ;
- La sécurité : « *Absence pour un patient d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé* » selon l'OMS (46) ;
- La réactivité : Se rapporte à la façon dont le système prend en charge les patients pour répondre à leurs attentes légitimes non liées à la santé ;
- L'accès : Facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment ;
- L'efficience : Le résultat d'une activité médicale, d'une intervention épidémiologique ou d'un programme sanitaire, évalué par rapport aux moyens utilisés pour leur obtention (38).

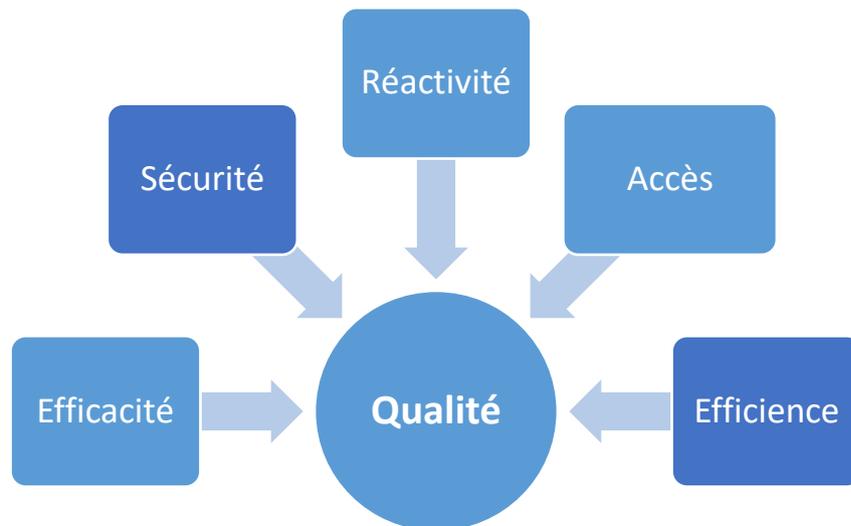


Figure 8 Dimensions de la qualité (45,47)

Tendre vers une amélioration de la qualité des soins est un enjeu primordial du système de santé, et la coopération est une partie de la réponse. Pour l'améliorer, il faut alors diminuer la survenue des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et diminuer la survenue des soins inefficaces et inappropriés. Tout cela intervient dans un objectif de diminution du gaspillage des soins.

## 2. Les raisons de survenue des effets indésirables associés aux soins

L'indicateur d'une bonne sécurité des soins est le nombre et la gravité des EIAS. L'EIAS est défini, selon la HAS, comme : « *un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie* ». Aujourd'hui, on estime qu'un patient hospitalisé sur dix est victime d'EIAS (21). L'étude Esprit, réalisé auprès des médecins généraliste, a estimé la fréquence des EIAS en médecine générale à hauteur de 26 pour 1 000 actes (48).

L'EIAS survient après une suite de défaillances présentes aux différents niveaux d'un système. James REASON, alors Professeur de psychologie de l'Université de Manchester, a créé le modèle dit du « fromage suisse » ou des plaques pour l'illustrer (cf. figure 9).

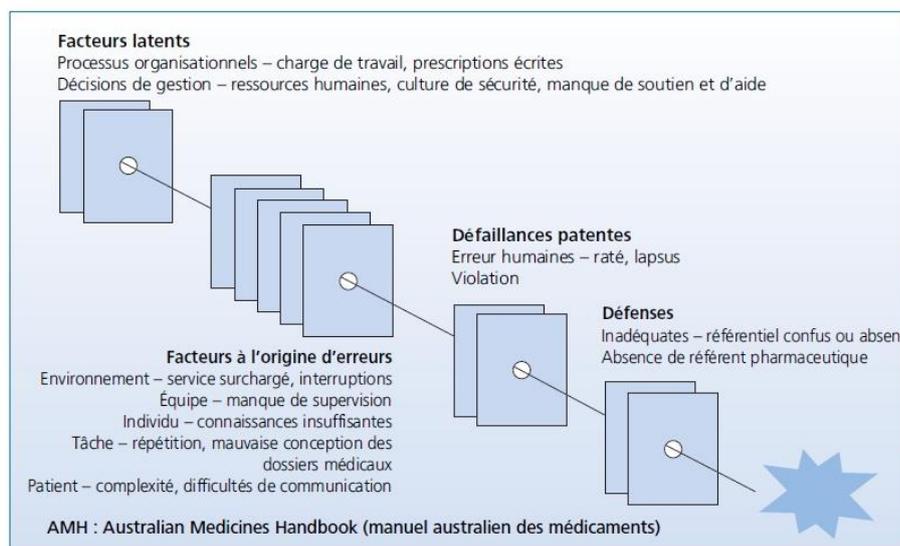


Figure 9 Modèle du fromage suisse (49)

Sur ce schéma, les erreurs humaines représentent une cause minime des EIAS ; il est donc peu efficace de se focaliser exclusivement sur celles-ci. En résumant l'EIAS à la seule erreur humaine, les autres facteurs, appelées causes profondes, sont négligées. Pour connaître les causes profondes, la HAS, en 2015, a souhaité en faire l'analyse et a établi un classement (cf. tableau 1).

Tableau 1 Classement des causes profondes

Type de facteurs	Nombre de causes	Pourcentage
<b>Facteurs liés à l'équipe</b>	45 532	27,03 %
<b>Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	38 814	23,04 %
<b>Facteurs liés au patient</b>	26 140	15,52 %
<b>Facteurs liés à l'environnement de travail</b>	22 834	3,55 %
<b>Facteurs liés à l'organisation</b>	17 582	10,44 %
<b>Facteurs liés au contexte individuel (personnel)</b>	13 985	8,30 %
<b>Facteurs liés à l'institution</b>	3 575	2,12 %
<b>Total</b>	168 462	100%

La première cause retrouvée est le facteur lié à l'équipe. Au sein même de ce facteur, plusieurs causes sont identifiées dont plus de 70% correspondent à un problème de communication orale ou écrite (cf. figure 10) (21).

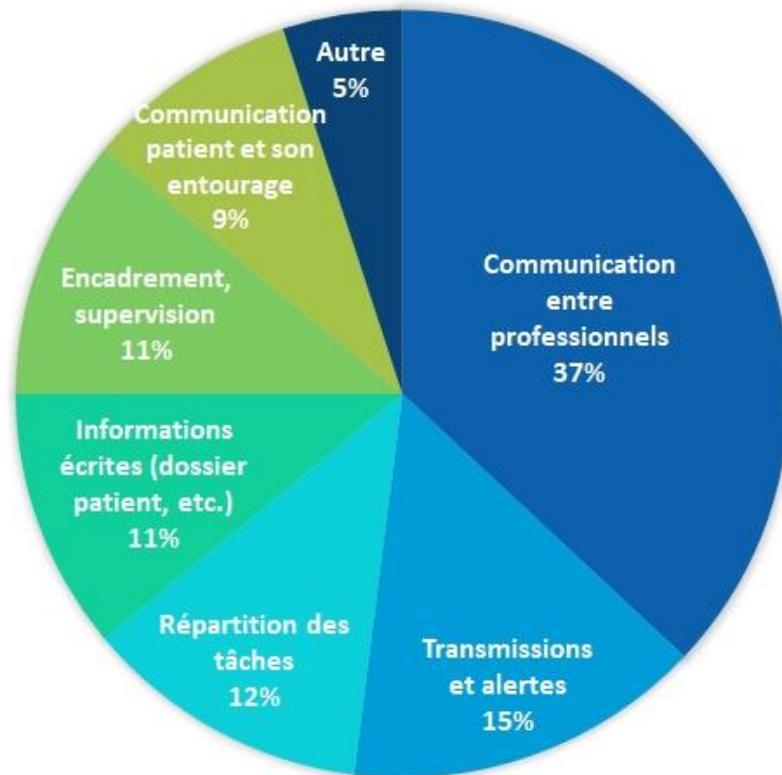


Figure 10 Causes d'EIAS parmi le facteur lié à l'équipe

Ces chiffres montrent l'importance de la coopération interprofessionnelle. De plus, il est largement reconnu dans la littérature que la performance d'une équipe est indispensable pour prodiguer des soins de qualité (50).

### 3. Des soins inefficaces et inappropriés trop présents

Améliorer la pertinence des soins passe par une diminution des soins inefficaces et inappropriés ; différenciés selon l'utilisation des ressources, soit par une sur-utilisation, soit par une sous-utilisation. La sous-utilisation des ressources correspond à la non-délivrance d'un soin qui aurait abouti à un résultat positif pour le patient, par exemple le non traitement de patients douloureux. Au contraire, la sur-utilisation des ressources correspond à la délivrance d'un soin dont les effets négatifs potentiels dépassent les effets bénéfiques possibles. Il s'agit, par exemple, de la prescription d'un antibiotique lors d'une infection virale.

Dans les pays développés, on estime qu'une partie non négligeable des actes de soins (25 à 30%) sont inutiles et sans justification. Ces actes ont lieu à toutes les étapes du parcours de soins, à commencer par un nombre excessif d'examen diagnostics avec un surdiagnostic. Ils comprennent aussi les prescriptions inappropriées, un recours aux urgences trop important et des hospitalisations évitables. (51–53).

Pour expliquer ces actes de soins inutiles et sans justifications, différents éléments sont mis en causes : les attentes fortes des patients, le principe de précaution qui peuvent conduire à prescrire des examens complémentaires peu utiles et le cloisonnement du système de santé. Le cloisonnement du système de santé s'explique notamment par la multiplication de spécialistes et par un manque de communication entre les différentes structures prenant en charge le patient. La coopération permet d'y répondre directement en améliorant les échanges entre professionnels de santé.

Diminuer ces actes inutiles permet une plus grande efficacité du système de santé ; en termes d'actes et en termes de coût. Leur diminution engendre également une moindre survenue des EIAS car les traitements inadéquats et inappropriés sont tout autant porteurs de risques potentiels pour les patients.

#### 4. Un enjeu économique

La France a fait face il y a plusieurs années à une augmentation du déficit de la Sécurité sociale (cf. figure 11). Ce déficit est lié en grande partie au vieillissement de la population et à la multimorbidité (54,55).

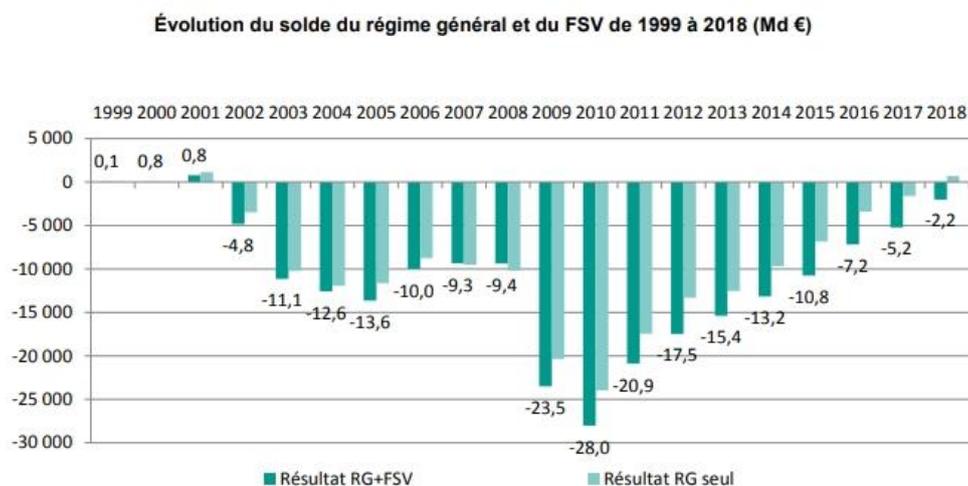


Figure 11 Évolution des soldes du régime général de la Sécurité sociale

Les autorités publiques ont instauré en 1996 un contrôle de solde de la Sécurité sociale par le vote chaque année de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). C'est un objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation. Il est fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale (56). En 2017, l'Ondam est tenu pour la huitième année consécutive (57).

Dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018, il est attendu 335 millions d'euros d'économies en améliorant la pertinence et la qualité des actes, soit 8% des économies attendues (57). Il est donc reconnu qu'une meilleure qualité des soins diminue les dépenses de santé. En effet, les pertes liées à la non-qualité des soins sont nombreuses : hospitalisations supplémentaires, frais de litige, EIAS, dépenses liées à une invalidité et aux frais médicaux, etc. (46). Au niveau social, un patient mal soigné cumule les arrêts de travail, le handicap et le stress. La non-qualité peut aussi entraîner une perte de confiance et de sérénité dont le personnel hospitalier a besoin pour délivrer des soins de qualité. La coopération agit sur l'amélioration de la qualité des soins principalement sur sa sécurité et son efficacité (58,59).

---

## Partie 2 : Analyse des formes de coopération interprofessionnelles existantes

---

Depuis quelques dizaines d'années, les professionnels de santé ont décidé qu'il était nécessaire de trouver de nouveaux modèles de coopération pour permettre une prise en charge globale et cohérente du patient. Ces modèles de coopération sont apparus comme faisant face aux carences d'un système perçu trop cloisonné et manquant de cohérence.

Les formes de coopération sont multiples et variées. Néanmoins, elles sont toutes conçues avec la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble et de s'affranchir des craintes du jugement et des craintes de perdre du travail. Dans cette partie, seront évoquées les formes de coopération les plus connues et celle dont le cadre juridique est arrêté. Un des premiers modèles de coopération, les réseaux de santé, est né dans les années 1980-1990, du fait de l'émergence de nouvelles maladies comme le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH). Puis, est apparue dans les années 2000 : les protocoles de coopération, outils de collaboration et de transfert de tâches entre professionnels. Pour finir, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), créées en 2007, apparaissent aujourd'hui comme le modèle le plus abouti et sont en pleine expansion.

### **I. Les réseaux de santé**

#### 1. De la création des réseaux à leur première définition

La naissance des réseaux de santé, appelés initialement réseaux de soins, a eu lieu dans les années 1980 – 1990 suite à l'apparition de nouveaux problèmes de santé ayant une dimension sociale importante, comme le VIH, les hépatites et les addictions. Il est apparu, de manière claire, un manque de coordination pour ces maladies. Les professionnels de santé ont alors pris l'initiative de créer des réseaux qui, en décroissant les professionnels, permettaient une prise en charge du patient globale et cohérente. En 1996, sont alors apparues les ordonnances Juppé sur la Sécurité sociale, qui ont permis l'expérimentation des réseaux de soins (60–62).

Dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, une réelle définition des réseaux est proposée :

*« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »*

*Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (63)*

*« Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. » (64)*

Avec cette loi, les réseaux de soins sont officialisés et reconnus sous le terme de réseau de santé, ce qui permet leur importante expansion en France. Ils sont principalement retrouvés sous la forme d'associations régies par loi 1901 et sont financés en majorité par l'État via les structures régionales.

## 2. Les réseaux de santé de 2002 jusqu'à aujourd'hui

À partir de 2002, les réseaux prolifèrent de manière désordonnée. Il existe alors un trop grand nombre de réseaux dont certains ne répondent plus aux objectifs initiaux. Tout cela représente un coût trop important et va alors amener en 2007, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) à promulguer une circulaire (65).

Dans cette circulaire, il est rappelé que l'objectif premier d'un réseau est d'améliorer la prise en charge globale des patients. Les réseaux n'ont pas vocation à compenser une offre de soin inexistante ou déficitaire. Ils définissent également les offres de services que les réseaux doivent proposer pour répondre aux besoins de leur territoire :

- « *Proposer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés [...] ;*
- *Proposer un même appui aux patients et aux associations de patients ;*
- *Développer des fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques : Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), suivi de l'observance et [...] accompagnement des parcours de soins des patients au sein du système de santé ;*
- *Organiser le maintien ou le retour à domicile dans les suites d'une hospitalisation par la mobilisation de personnes ressources et la simplification des démarches administratives (concept de guichet unique). »*

En outre, il est écrit que les réseaux doivent répondre à une logique d'organisation territoriale, ce qui distingue les réseaux en deux groupes : les réseaux de proximité et les réseaux territoriaux subsidiaires. Les réseaux de proximité correspondent à la demande en soins primaires dans un environnement le plus proche du domicile du patient sur des thèmes généraux. À l'inverse, les réseaux territoriaux subsidiaires sont en recours ou en expertise pour une pathologie ne relevant pas du réseau de proximité. Ils sont des relais pour la diffusion et l'élaboration de référentiels, procédures et outils de liaison entre professionnels de santé de différents recours (65,66).

Malgré cette circulaire, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en 2011, relevait encore trop d'hétérogénéité à propos des objectifs de soins ainsi qu'une efficacité variable en termes de coût et du nombre de patients pris en charge. Elle rappelait aux Agences Régionales de Santé (ARS) les conditions, énoncées précédemment, nécessaires aux réseaux pour recevoir des subventions de leur part. Cette année-là, on comptait 716 réseaux financés pour un montant de 167 millions d'euros par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS (devenu le Fonds d'Intervention Régional – FIR en 2012), et représentant environ 2500 professionnels (18).

Ces deux textes montrent une réelle volonté de l'État d'intégrer les réseaux de santé dans l'offre de soins en leur dédiant la fonction d'une structure d'appui fonctionnel aux professionnels de santé pour les prises en charge des situations complexes (66). Après 2011, du fait de cette régularisation, le nombre de réseaux a diminué pour arriver aujourd'hui à plus de 600 (67).

### 3. Les nouveaux défis des réseaux de santé

Les réseaux de santé vont encore connaître des évolutions. Et pour cause, la loi de modernisation de la santé apparue en 2016 et portée par Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, énonce la notion de plateforme territoriale d'appui (PTA) (68). L'objectif de ces plateformes est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers trois types de services :

- « *L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leur territoire pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise. La plateforme identifie par exemple une aide à domicile ou orientée vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc.*
- *L'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme apporte une aide logistique pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient [...].*
- *Le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels. »* (18).

Comme le souligne Michel VARROUD-VIAL, conseiller aux soins primaires et professionnels libéraux auprès de la DGOS : « *La PTA est un service d'appui dans la droite ligne de dispositifs existants pour l'appui à la coordination des patients en situation complexe : réseaux de santé, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme PAERPA (Parcours de Santé des Aînés)* » (69).

On peut alors s'interroger sur la pertinence du maintien des réseaux de santé. Gérard MICK, président de l'Union nationale des réseaux de santé (UNR Santé) y répond : « *Certaines ARS demandent aux réseaux de se transformer en PTA, ce qui n'est pas forcément une vocation. Le réseau doit s'inscrire au sein d'une PTA, éventuellement en être l'opérateur, car il en a souvent l'expérience, mais les autres acteurs (quand ils sont présents) tels qu'une MAIA ou un CLIC sont tout autant nécessaires à cet espace collectif. Il faut consolider toutes les compétences et les expertises, ne pas les perdre !* » (69)

Il apparaît néanmoins que les réseaux de santé vont être transformés pour s'inscrire au mieux dans cette nouvelle offre de soins, comme le montre le projet d'accompagnement des réseaux qu'a entrepris l'UNR Santé. Ce projet vise à accompagner les réseaux de santé dans leur évolution en termes de structuration et de champ d'intervention, de façon à élargir leur périmètre d'actions au niveau des populations cibles, à centrer leur appui vers les soins primaires et vers la mise en place des PTA (70).

#### 4. L'exemple de Maladies chroniques 44 (MC44)

L'exemple de Maladies Chroniques 44 ou MC44, réseau situé dans le département de Loire-Atlantique, permettra d'illustrer les propos sur les réseaux. Le rôle du réseau MC44 est d'assurer une continuité du parcours de soins du patient. Initialement, ce rôle était pris en charge par trois structures différentes soutenues par l'ARS Pays de la Loire : le réseau Asthme / Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) issu de l'école d'asthme hospitalière, le réseau diabète (Résodiab44) et le réseau sur les risques cardio-vasculaires (Respecticœur). L'ARS a demandé à ce que ces trois réseaux fusionnent afin d'avoir un organisme commun qui est devenu MC44.

Ses missions sont l'établissement de programmes d'ETP sur différents thèmes (asthme, BPCO, diabète, risque cardiovasculaire), la dispensation de formations à tous les professionnels de santé et la réalisation d'actions de prévention et d'information. À travers l'ETP, MC44 amène des patients à situations complexes à être mieux suivis et avoir un parcours de soin facilité, essentiellement quand les patients sont atteints de différentes maladies chroniques. Comme vu précédemment, ce réseau devient progressivement une structure d'appui aux soins de premier recours lorsque la prise en charge des patients devient trop complexe.

L'organisation de MC44 est différente selon les trois branches : la branche asthme / BPCO est composée de professionnels de santé libéraux, la branche Respecticoeur est entièrement composée de salariés et la branche Diabète se trouve entre les deux, composée de professionnels libéraux et de salariés.

Clément LE GLATIN, médecin généraliste à Sallertaine (Vendée), responsable de la communication de la branche Asthme depuis septembre 2017 et Philippe GRANDON, pharmacien titulaire à Nozay (Loire-Atlantique) éducateur thérapeutique depuis 12 ans intervenant dans la branche asthme et dans la branche diabète, ont fait part de leur expérience.

#### *a. Rappel sur l'éducation thérapeutique du patient*

Selon la définition de l'OMS Europe publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (21).

L'ETP fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge du patient. Il peut être proposé par tous les professionnels de santé, à tous les patients ayant une maladie chronique quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie ; le programme peut également être proposé aux proches du patient s'ils le souhaitent. L'ETP est un droit des patients, il ne lui est pas opposable et ne conditionne pas non plus le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie (71).

C'est un processus permanent, adapté et adaptable à l'évolution de la maladie, et au mode de vie du patient. Durant son éducation thérapeutique, le patient acquiert à la fois des compétences d'auto soins et des compétences d'adaptation. Les compétences d'auto soins sont propres au patient et ont pour objectifs que le patient puisse soulager ses symptômes, adapter ses doses de médicament, mettre en œuvre des modifications à son mode de vie, etc. Les compétences d'adaptation s'appuient sur le vécu et les expériences antérieures du patient : savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress, prendre des décisions et résoudre des problèmes, se fixer des buts à atteindre et faire des choix, etc. (72)

La mise en œuvre de l'ETP est multi-professionnelle et interdisciplinaire et doit être assurée par au moins deux professionnels de santé de professions différentes. L'ETP doit être coordonné par un médecin, et par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée. (73). Les intervenants d'un programme doivent justifier de 40 heures de formation. Ce programme peut être suivi lors de la formation initiale, ce qui est le cas des études de pharmacie, ou en formation continue lors de Diplôme Universitaire (DU), Master ou lors du Développement professionnel continu (DPC) (74). Des compétences sont requises pour la mise en œuvre de l'ETP : des compétences techniques (connaissances et techniques biomédicales, techniques de gestion de l'informatique ...), des compétences relationnelles et pédagogiques (écoute et compréhension, échanges et argumentation, accompagnement, animation) et enfin des compétences organisationnelles (évaluation, savoir de coordination et pilotage et communication externe et interne) (75).

L'ETP est découpé en quatre étapes nécessitant une coordination des intervenants et des professionnels ainsi qu'une transmission des informations (cf. figure 12).

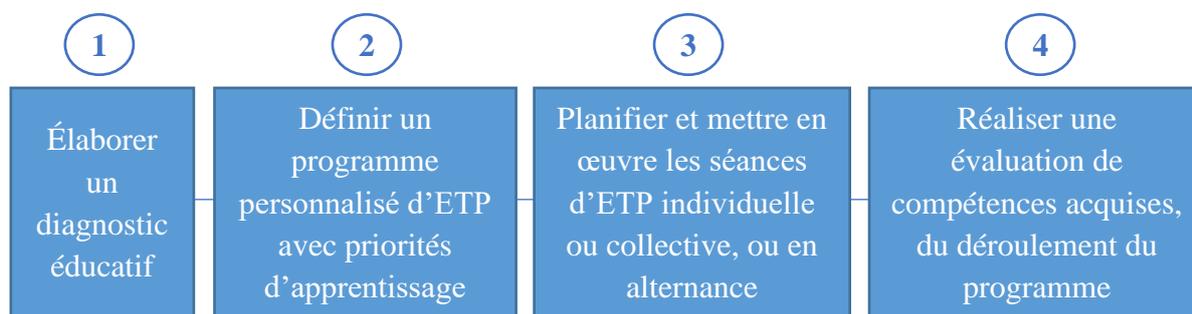


Figure 12 Étapes de l'éducation thérapeutique du patient

#### *b. Le programme d'ETP dans MC44 : l'exemple de la branche Asthme*

Dans un premier temps, pour permettre l'organisation des séances collectives, il faut un nombre de patients recrutés suffisant. Ce recrutement peut se faire par tout professionnel de santé, même s'il existe une prépondérance du médecin. MC44 rencontre actuellement des difficultés dans le recrutement de ces patients. Cela s'explique par une méconnaissance du réseau par les professionnels de santé et/ou par une réticence médicale. Ces deux arguments expliquent que 90% des patients sont recrutés par des membres du réseau. De plus, Clément LE GLATIN souligne un souci de diagnostic de l'asthme expliquant que les patients ne sont pas pris en charge.

Pour augmenter le nombre de patients recrutés, MC44 travaille sur sa communication pour se faire connaître. Les membres de MC44 interviennent notamment à l'hôpital lors des staffs car les patients pris en charge aux urgences ont besoin d'un meilleur suivi et MC44 peut les aider. Les membres de MC44 expliquent alors aux professionnels hospitaliers la nécessité d'orienter des patients suite à une hospitalisation d'urgence. C'est aussi lors de ces formations auprès des MSP ou d'autres structures que MC44 communique sur ses missions. Par ailleurs, en incluant de plus en plus de professionnels en son sein, MC44 élargit sa communication. En faisant connaître le réseau et ses missions, le lien avec les autres professionnels de santé (ne faisant pas partie de MC44) se développe ce qui permet de lever cette réticence médicale fondée sur la peur « de se faire piquer son travail » ou d'être « jugé ».

Ensuite, les séances d'ETP sont programmées par une infirmière en charge de la coordination. Avant la première séance, le patient aura un entretien individuel de préparation avec un professionnel du réseau pour connaître ses besoins et ses attentes. Ensuite, il s'inscrit aux différents ateliers ayant lieu dans plusieurs villes de Loire-Atlantique : Nantes, Clisson, Nozay ou encore Machecoul.

## 5. Le rôle du pharmacien dans ces structures

Le pharmacien a de nombreux atouts qui peuvent être mis en œuvre pour participer à l'ETP ; que ce soit dans MC44 ou dans d'autres structures. De par son contact quotidien au public, une connaissance de son patient et une relation de confiance déjà établie, il peut inclure de nouveaux patients dans les programmes (76). Philippe GRANDON, pharmacien, insiste sur ce fait : « *des pharmaciens peuvent proposer aux patients, mais peu le font, car ils pensent que c'est le rôle du médecin or il faut être moins prudent que ça.* » ([Annexe 4](#)). Le pharmacien peut, au-delà de la simple inclusion des patients, être éducateur thérapeutique et participer aux séances. C'est possible grâce aux 40 heures de formation d'ETP incluses récemment dans le cursus universitaire des UFR de Pharmacie ou en formation continue.

Pour le pharmacien, intégrer un réseau est une réelle opportunité pour porter un regard nouveau sur les patients en s'affranchissant du comptoir. C'est l'occasion aussi de rencontrer d'autres professionnels et d'être un acteur du travail en interprofessionnalité. Il est important pour la profession de s'investir et c'est pourquoi Philippe GRANDON « *invite tous les pharmaciens à rentrer dans MC44 et à devenir acteurs* », ce qui peut, bien entendu, être élargi à l'ensemble des réseaux.

## II. Les protocoles de coopération entre les professionnels de santé

En 2003, Yvon BERLAND, devenu alors Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), initie l'idée des protocoles de coopération (77). Des expérimentations ont ensuite suivi (78,79) pour aboutir, en 2009, à leur introduction dans la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Par l'article 51, la loi HPST établit que les modalités de coopération peuvent s'appuyer sur des protocoles de soins, élaborés par les professionnels eux-mêmes :

*« [...] Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience [...] »*

*« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui. » (80).*

Actuellement, il existe de nombreux protocoles de coopération. À partir d'exemples, cette partie illustrera la réussite des protocoles de coopération, avec le protocole ASALÉE et le protocole sur la réalisation du bilan visuel par l'orthoptiste, tous deux étendus nationalement, et l'inclusion du pharmacien dans ces protocoles avec l'exemple du pharmacien correspondant.

### 1. La création d'un protocole de coopération

Les professionnels de santé qui souhaitent entamer une démarche de coopération ont deux possibilités : créer un protocole de coopération ou adhérer à un protocole de coopération déjà autorisé ([Annexe 1](#)) (81). Un protocole de coopération naît de la volonté d'une équipe de professionnels de santé à faire avancer leurs pratiques ou à officialiser une pratique déjà courante. La réflexion et l'écriture durent en moyenne de 6 à 12 mois, et l'équipe peut se faire aider par les instances compétentes qui valideront le protocole : l'ARS et la HAS (80).

Pour qu'un protocole de coopération fonctionne, Stéphane GUERRAUD, Directeur des soins et conseiller pédagogique régional de l'ARS Pays de la Loire, cite deux conditions essentielles : la simplicité et l'impact direct sur les besoins de santé. Pour lui, le déploiement du protocole à l'ensemble de la région ou à d'autres régions doit être réfléchi dès le début, ce qui amènent les équipes à respecter ces conditions essentielles.

Une fois le protocole autorisé, les professionnels de santé formulent une demande d'adhésion. La demande d'adhésion concerne aussi bien les professionnels qui ont créé le protocole que d'autres équipes de professionnels. Pour respecter les conditions d'adhésion, l'ensemble de l'équipe doit être formée aux nouvelles pratiques (81).

Il existe néanmoins des obstacles à la création de protocoles de coopération. Ils sont vus comme une démarche administrative lourde. Les ARS et la HAS sont perçues seulement comme des évaluateurs et non comme des accompagnateurs. Les professionnels libéraux, peu habitués à l'administratif, ne souhaitent donc pas se lancer dans ce qui leur paraît une démarche sans fin.

## 2. Le protocole ASALÉE

Le protocole ASALÉE est exemplaire dans l'histoire des protocoles de coopération. Créé en 2004 dans les Deux-Sèvres, il est assez ancien pour avoir un recul suffisant sur son efficacité (82). Il met en relation le médecin généraliste et l'infirmier, binôme majoritaire des protocoles de coopération (trois quarts des protocoles de coopération reposent sur le binôme médecin-infirmier)

Initié au départ pour un transfert d'activité d'un médecin vers un infirmier diplômé d'État (IDE) pour la prise en charge du diabète, il repose maintenant sur plusieurs actions de prévention pour les maladies chroniques. Aujourd'hui le dispositif est national et comprend au 31 décembre 2017, 533 infirmier, représentant 267 équivalents temps plein, exerçant dans 753 cabinets avec 1 959 médecins (83). Le dispositif d'ASALÉE est inscrit dans un financement de droit commun depuis la dernière loi de financement de la Sécurité sociale (25).

Pour faire partie de ce protocole, les IDE doivent suivre une formation, organisée par l'association ASALÉE, qui repose sur quatre modules : l'ETP (40 heures), le domaine médical et les actes dérogatoires, le compagnonnage et le système informatique.

### *a. Les étapes*

Les IDE du programme ASALÉE, aussi bien salariés que libéraux, travaillent avec quatre ou cinq médecins généralistes du même ou de plusieurs cabinets. La première étape consiste en un repérage des patients éligibles par l'IDE et le médecin. Ce dernier, lors de ses rendez-vous, propose aux patients sélectionnés une consultation infirmière individuelle. L'IDE reçoit ensuite le patient en consultation sur le lieu d'exercice du médecin. Pour cela, le médecin doit mettre à disposition un local à l'infirmier avec une entrée à son système informatique

Les consultations durent environ 45 minutes et comprennent un volet éducationnel (type ETP) ainsi que différentes activités déléguées à l'infirmier décrites dans le protocole :

- *« Suivi du patient diabétique de type 2 incluant la prescription des examens d'hémoglobine glyquée (HbA1c), de microalbuminurie, de dosage du HDL Cholestérol, de créatinémie, de fond d'œil ; la prescription et la réalisation des électrocardiogrammes (ECG) ; la prescription, la réalisation et l'interprétation des examens des pieds ;*
- *Suivi du patient à risque cardio-vasculaire incluant la prescription et la réalisation des ECG ;*
- *Suivi du patient tabagique à risque BPCO incluant la prescription, la réalisation et l'interprétation de la spirométrie ;*
- *Consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation des tests mémoire, pour les personnes âgées » (84).*

L'infirmier doit en parallèle surveiller les dossiers de la patientèle vue en consultation et faire le suivi de son activité sur le portail de santé ASALÉE. Le binôme médecin - infirmier discute lors de réunions de concertation des patients suivis.

Les principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif peuvent être illustrées par un schéma (cf. figure 13).

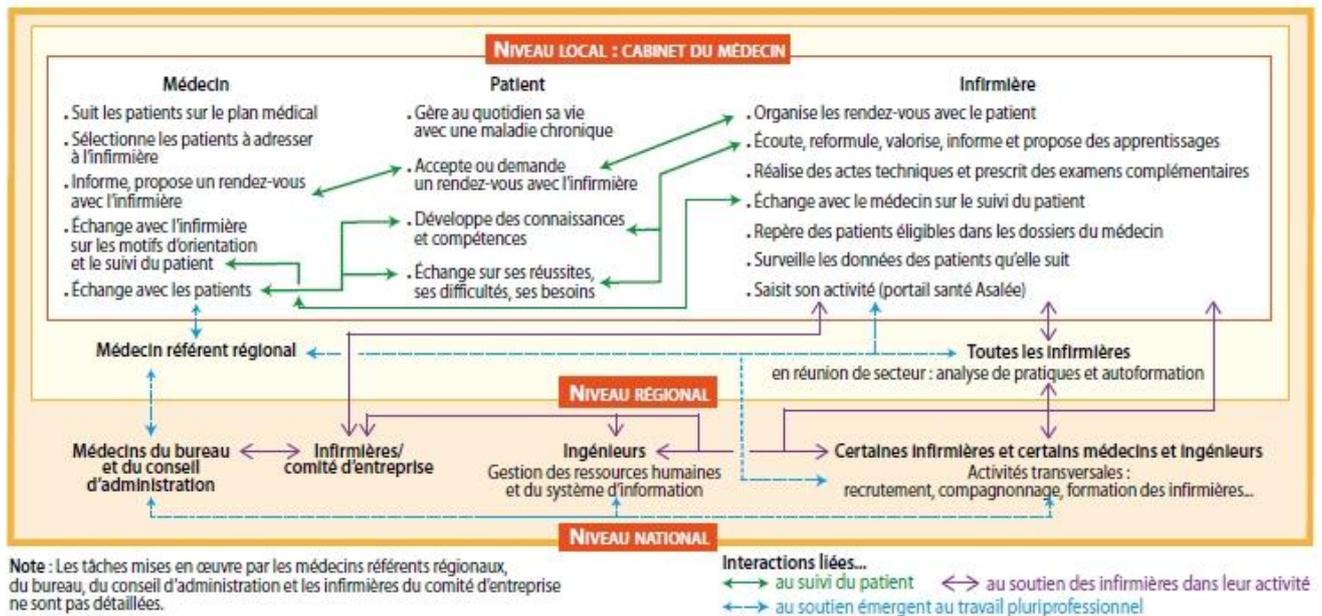


Figure 13 Principales tâches des acteurs impliqués dans le dispositif ASALÉE (83)

### b. Les bénéfiques

Les acteurs, que ce soit le patient, le médecin ou l'infirmier, tirent des bénéfices du protocole ASALÉE. D'un côté, il a été prouvé un impact positif sur la qualité de vie du patient. Il existe une amélioration des paramètres biologiques (HbA1c) et cliniques (perte de poids). De plus, l'IDE réalise ses consultations sur le cabinet, ce qui ne demande pas d'effort supplémentaire pour le patient (85). De l'autre côté, les médecins disent avoir un meilleur confort d'exercice avec une optimisation de leur intervention et une modification de leur pratique clinique. L'infirmier est valorisé dans son métier, et y voit une augmentation de son autonomie (83,84). Le travail en binôme les rend capables de mieux organiser le dépistage, l'éducation thérapeutique et le suivi de leurs patients, ce qui permet d'obtenir des réponses personnalisées à des besoins jusque-là non couverts : par exemple, accompagner les patients dans un sevrage tabagique ou vers une reprise d'activité physique.

### 3. Le protocole : « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques »

Les protocoles « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques » - d'une part chez l'enfant de 6 à 15 ans et d'autre part, chez les adultes de 16 à 50 ans - ont été initiés au Mans (Sarthe) suite à la désertification des ophtalmologistes. Les deux protocoles concernent le bilan visuel, par l'orthoptiste, dans un cabinet où le médecin est également présent (86).

Le bilan de renouvellement et d'adaptation des corrections optiques est réalisé par l'orthoptiste puis est transmis à l'ophtalmologiste. Ce dernier analyse le bilan à distance (acte de télémédecine), et rédige l'ordonnance de renouvellement qu'il envoie au patient ou le recontacte si nécessaire. Le délai entre l'action de l'orthoptiste et celle de l'ophtalmologiste est de maximum huit jours. Les actes confiés à l'orthoptiste sont :

- *« L'interrogatoire (éliminer les contre-indications à l'application du protocole) ;*
  - *La réfraction, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;*
  - *Le bilan des déséquilibres oculomoteurs, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;*
  - *La prise de rétino-graphies avec un rétinographe non mydriatique (RNM) sans instillation de collyre mydriatique, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;*
  - *Et pour le protocole adulte : mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale et en l'absence d'un médecin ophtalmologiste en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement. »*
- (87).

Comme pour le protocole ASALÉE, ce protocole a montré plusieurs points positifs. D'un point de vue du patient, le délai de prise en charge est diminué. Les patients attendent en moyenne 21 jours chez l'orthoptiste et le délai d'attente pour une consultation chez l'ophtalmologiste passe de neuf à sept mois. Pour les professionnels de santé, les rôles sont mieux définis, ce qui se traduit par une coordination renforcée et une « spécialisation » du médecin. De plus, l'augmentation du nombre d'exams réalisés par l'orthoptiste diminue le coût par rapport à une consultation d'ophtalmologiste (87). Les évolutions ultérieures pourront porter sur l'évolution de l'âge d'inclusion des patients dans ce type de protocole de soins. Une extension à 60 ou 65 ans permettrait d'accroître considérablement les effets sur la réduction des délais d'attente des patients.

Avec ce succès, le protocole est voué à disparaître ; la pratique sera bientôt officialisée en entrant dans le droit commun. Un arrêté du 22 février 2018 indiquait que « *le financement dérogatoire des deux protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes répondants au modèle économique ayant reçu l'avis favorable du collège des financeurs, est autorisé jusqu'à l'inscription de leurs actes sur la liste du code de la sécurité sociale* » (88).

En plus, de répondre à un besoin, ce protocole utilise les nouvelles technologies avec la télémédecine. En 2014, la HAS a été saisie sur sept protocoles intégrant un dispositif de télémédecine comme le dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique *via* smartphone ou le suivi des plaies chroniques par une IDE.

#### 4. L'inclusion des pharmaciens dans les protocoles de coopération

Après la présentation de ces deux protocoles, sans pharmaciens à l'intérieur, il est judicieux de s'interroger sur la place de celui-ci dans les autres protocoles. Actuellement, sur le site « Coopération entre Professionnels de Santé » (COOP-PS), site de référencement des protocoles, aucun protocole de coopération n'est validé avec un pharmacien. Pourtant, la loi HPST a introduit le rôle de pharmacien correspondant qui peut être établi dans un protocole de coopération médecin – pharmacien (89).

Dans ce protocole, le pharmacien d'officine, désigné comme correspondant par le patient peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné ou ajuster au besoin la posologie. Ce protocole détermine le nombre de renouvellements autorisé et leur durée, sachant que la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois. La prescription médicale rédigée dans le cadre du protocole précise les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer selon le produit prescrit (80,90). Le pharmacien, pour procéder à ces modifications, réalise en amont un bilan de médication. Le bilan de médication sous forme de plusieurs entretiens permet de connaître les habitudes de vie et les traitements du patient.

À ce jour, aucun pharmacien correspondant n'est recensé. C'est un rôle que les pharmaciens n'ont pas su saisir pour des raisons inconnues. On peut supposer un manque de volonté d'implication de la part des pharmaciens, une non volonté des médecins d'impliquer les pharmaciens, ainsi qu'un flou sur la rémunération de ces nouveaux acteurs.

Depuis, le 1<sup>er</sup> janvier 2018, les bilans de médication peuvent être réalisés par tous les pharmaciens, correspondant ou non, grâce à l'avenant numéro 11 de la convention collective signé en juillet 2017 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire et l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO). (91).

Le bilan partagé de médication (BPM), établi après accord consenti et éclairé du patient, concerne toute personne de 65 ans et plus, souffrant d'au moins une affection de longue durée (ALD), ou toute personne âgée de 75 ans et plus, bénéficiant de traitements pour lesquels au moins cinq molécules sont prescrites pour une durée de six mois. L'objectif premier est de lutter contre la iatrogénie, mais aussi de répondre aux interrogations des patients et de les aider dans l'administration de leur traitement pour favoriser l'observance (92,93).

Le BPM est un suivi sur plusieurs années. Pendant la première année, le pharmacien doit réaliser plusieurs étapes (cf. figure 14).

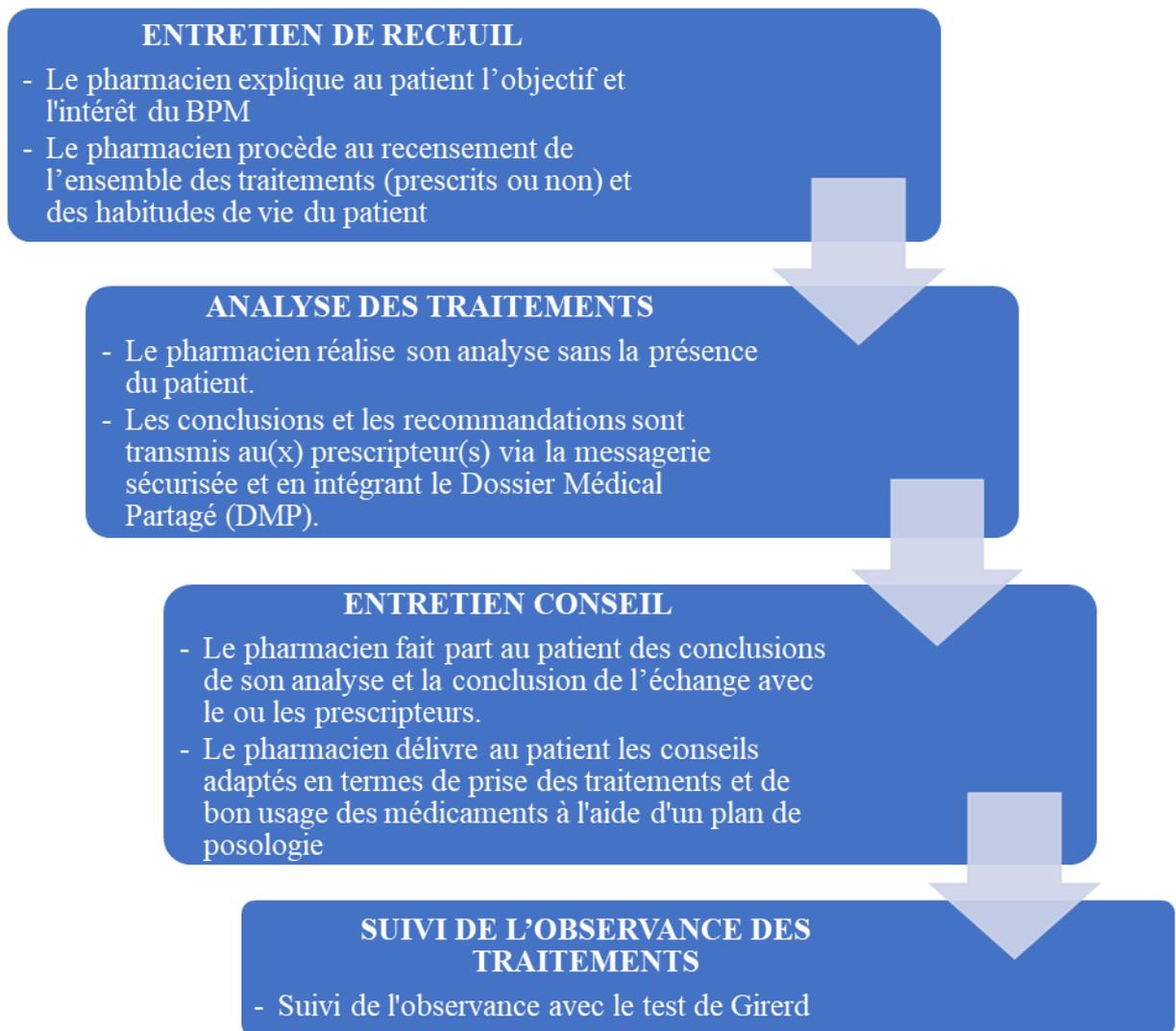


Figure 14 Étape du bilan partagé de médication

Les années suivantes si le traitement est identique, le pharmacien procède à au moins deux suivis de l'observance. Au contraire, si la ou les prescriptions d'un ou plusieurs traitements sont modifiées, le pharmacien reconduit l'analyse, organise un entretien conseil et assure le suivi d'observance.

## 5. Des initiatives pour aboutir à une évolution globale des pratiques

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé sont définis comme un « *dispositif intermédiaire destiné à susciter des initiatives* » (18). Ils ont permis de créer de nouvelles pratiques, mais aussi d'en régulariser certaines. En les formalisant, elles ont été évaluées, ce qui a permis la mise en valeur de leur bénéfice sur le système de santé.

L'évolution vers un décret de compétence pourrait autoriser certaines de ces pratiques sans passer par le protocole de coopération. En effet, la HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, ce protocole pourra être intégré dans la formation des professions concernées. Si le contenu du protocole de coopération est intégré dans la formation initiale, tout professionnel de santé nouvellement diplômé pourra mettre en œuvre la nouvelle pratique. Pour ceux qui sont en exercice, elle sera acquise dans le cadre du DPC. Dès lors, le protocole de coopération n'a plus lieu d'être.

La loi de modernisation de la santé de 2016 apporte une piste d'évolution en intégrant la notion de pratique avancée. Elle définit une pratique exercée par les auxiliaires médicaux : au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ; au sein d'une équipe de soins en établissement de santé ou médico-sociaux coordonnée par un médecin ou en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire (94).

Les infirmiers sont les premiers concernés par la pratique avancée. Le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée est sorti en juillet 2018. Leurs domaines d'intervention sont les pathologies chroniques stabilisées, l'oncologie et l'hémato-oncologie et la maladie rénale chronique - dialyse - transplantation rénale. Il est défini également les missions des infirmiers en pratique avancée : conduction d'un entretien avec examen clinique, conduction d'activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, prescription de médicaments et de dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire, prescription de certains examens de biologie médicale, etc. (95).

Patrick CHAMBOREDON, Président de l'Ordre National des Infirmiers, déclarait avant la sortie de ce décret, que « *c'est vers l'évolution du décret infirmier et vers la pratique avancée [...] qu'il faut aller et engager toutes nos forces et moyens si l'on veut améliorer la prise en charge des pathologies chroniques et du vieillissement* ». Dans cette déclaration, il ajoute ne plus souhaiter s'investir dans les protocoles de coopération (96).

### III. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

C'est en 2007 que la première définition des maisons de santé pluriprofessionnelles est apparue. Elle a ensuite été revue pour devenir celle-ci : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et, le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges [...]* » (97). Depuis la loi de modernisation du système de santé, les équipes de professionnels de santé d'une MSP sont définies comme des Équipes de Soins Primaires (ESP) (94).

Les derniers chiffres de la DGOS montrent un développement rapide des MSP. En 2008, elles étaient seulement une vingtaine. En 2017, elles étaient 910 auxquelles s'ajoutent 334 en projet (98). Plus de 13 000 professionnels de santé y exercent majoritairement des médecins et des infirmiers, avec en moyenne quinze professionnels de santé dans chaque structure. Dans la région des Pays de la Loire, en janvier 2018, il y avait 80 MSP en fonctionnement et 34 en projets (99).

Une MSP doit avoir un minimum de trois professionnels de santé : deux médecins et un professionnel paramédical. En Pays de la Loire, l'ARS impose ce nombre à quatre avec trois médecins et un professionnel paramédical (99). Chaque MSP est unique avec ses propres caractéristiques (équipes, projet, actions, forme, etc.). Dans la région des Pays de la Loire, le projet s'établit de concert avec les élus locaux, les professionnels de santé et les habitants. Les initiateurs du projet sont soutenus par l'Association des Pôles et Maisons de Santé libéraux des Pays de la Loire (APMSL-PSL), l'ARS et éventuellement par un cabinet de consultants. La démarche se déroule en plusieurs étapes (cf. figure 15).

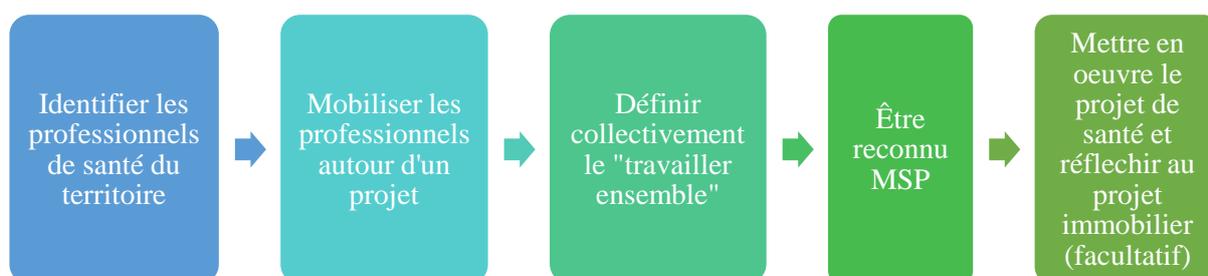


Figure 15 Création d'une maison de santé pluriprofessionnelle

Le projet de santé est le fondement de la maison de santé, fruit de la réflexion commune de l'équipe pluriprofessionnelle. Il est donc le fil conducteur, d'abord support de la réflexion initiale puis dans sa mise en œuvre à travers des actions. Ce projet de santé n'est pas figé et doit être actualisé pour suivre les nouveaux besoins de la population.

### 1. L'écriture du projet de santé, un commencement

Le projet de santé a pour objectif, de par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ce projet structure la MSP et détaille à la fois l'organisation, la coordination pluriprofessionnelle et le projet de soins qui organise la prise en charge des patients (100). Il est préférable qu'il soit écrit uniquement par les professionnels de santé. Il est ensuite signé par l'ensemble des professionnels et est transmis à l'ARS pour validation.

Pour que le projet de santé corresponde aux besoins du territoire, il doit respecter le diagnostic de territoire et/ou le projet régional de santé (PRS) établi par l'ARS tous les 5 ans. Le diagnostic de territoire, mis en place avec l'Observatoire régional de santé (ORS) et les partenaires locaux, détermine les caractéristiques sociodémographiques et géographiques, l'état de santé de la population, les problèmes de santé, les soins de premier recours, les recours aux soins hospitaliers, etc.

#### *a. La structure du projet de santé par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI)*

Lors des premières créations de MSP, les professionnels étaient peu guidés dans l'écriture du projet de santé et peu soutenus financièrement par les pouvoirs publics. Depuis 2017, il existe l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI). L'ACI est signé par les syndicats de différentes professions (médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, opticiens) et les centres de santé et l'Assurance Maladie (101). Il fixe les rémunérations versées par l'Assurance Maladie aux MSP et permet donc de cadrer le projet de santé avec des engagements obligatoires et d'autres optionnels. L'ACI se substitue au règlement arbitral de 2015 qui avait généralisé le mode de financement des maisons de santé, instauré par les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) (102).

L'ACI est réparti selon trois axes ([Annexe 2](#)). Le premier établit les modalités d'accès aux soins comme les horaires d'accueil ou l'implication des équipes dans des actions de santé publique. Le deuxième énonce la valorisation du travail en équipe : le travail du coordinateur, les protocoles, les réunions de concertation pluriprofessionnelle, etc. Le dernier axe expose le système d'informations partagées devant être mis en place au sein de la MSP.

Le calcul de la rémunération se fait selon un système de points attribués à chacun de ces engagements et est modulé en fonction de l'atteinte des objectifs. Pour percevoir cette rémunération, la MSP doit obligatoirement se constituer sous une forme juridique de société spécifique : la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). La SISA, créée par la loi Fourcade en 2011 est la seule forme juridique pouvant inclure plusieurs professionnels de santé à l'intérieur d'une société. Elle s'adresse exclusivement aux professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens (18,103).

Grâce à la signature de l'ACI, les MSP sont rendus légitimes. De plus, il permet, comparé aux ENMR, de toucher une subvention annuelle plus importante. Il n'existe pas de maximum pour cette subvention puisqu'elle est en fonction de la patientèle (104).

#### *b. Après la validation du projet, le projet immobilier ?*

C'est l'existence d'un projet de santé et donc sa validation qui formalise la création d'une MSP. Béatrice BONNAVAL, chargée de projet à la Direction de l'Offre de Santé et en Faveur de l'Autonomie à l'ARS Pays de la Loire, précise que « *le premier facteur de réussite est la réelle motivation des professionnels de santé à travailler différemment. La motivation ne doit être le projet immobilier ou le regroupement physique* ».

Le projet immobilier n'étant pas une obligation, il existe des MSP mono-sites ou multi-sites. Les MSP multi-sites sont des MSP où les professionnels de santé exercent dans des lieux différents contrairement aux mono-sites où ils sont regroupés dans un même lieu. Une majorité des MSP sont des mono-sites. La construction d'un bâtiment donne une identité à la MSP et une visibilité aux personnalités extérieures (élus locaux ou patients). Le bâtiment est soit privé (financé par la MSP ou des organismes privés), soit publique (subventionné par des fonds des collectivités : communautés de communes, région, État, Europe).

## 2. La mise en œuvre du projet, le quotidien

C'est lorsque la MSP est reconnue que commence l'exercice collectif pour les professionnels de santé à travers la mise en œuvre du projet de santé. L'exercice coordonné en MSP diffère de l'exercice « habituel » par la mise en place de réunions de concertation, la création de protocoles pluriprofessionnels de soins et de missions de santé publique. Ce travail collectif est facilité par une personne « organisatrice », le coordinateur de la MSP. Pascal GENDRY, président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) déclare qu'« *avec la structuration croissante des MSP (coordination, secrétariat administratif...), les professionnels de santé des MSP pourront se concentrer véritablement sur leur cœur de métier, au bénéfice de leurs patients et des territoires* » (102).

### a. Le système d'information partagé

Les professionnels qui participent à la prise en charge d'une même personne, peuvent échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge. Ces informations sont limitées à celles strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne (105).

Les MSP ont l'obligation de disposer d'un système d'information labellisé par l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé). Le système d'information prévoit notamment la messagerie sécurisée et le Dossier Médical Partagé (DMP). L'obligation d'un système d'information labellisé par l'ASIP Santé est perçue comme une contrainte pour les professionnels de santé. Il existe une quinzaine de logiciels labellisés, néanmoins, ils ne sont pas aussi performants que les logiciels existants monoprofessionnels.

### *b. Les réunions de concertation*

Selon l'ACI, six réunions de concertation sont obligatoires par an. Ces réunions prennent différentes formes. D'un côté, il y a les réunions autour de la prise en charge du patient (en leur présence ou non, mais avec leur autorisation) qui permettent de coordonner le suivi et peuvent aboutir à la réalisation d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Les aidants et les acteurs du domaine médico-social peuvent y assister. De l'autre côté, il y a les réunions d'organisation de la MSP avec uniquement les professionnels. Elles peuvent être orientées sur l'amélioration des pratiques autour d'une catégorie de patients ou d'une thématique. Elles ont pour objectif de définir les modalités de prise en charge optimale et d'améliorer la coordination pluriprofessionnelle. Elles peuvent déboucher sur la rédaction d'un protocole.

### *c. Les protocoles pluriprofessionnels de soins*

Les protocoles pluriprofessionnels de soins, propres à chaque MSP, diffèrent des protocoles de coopération de l'article 51 de la loi HPST. Un protocole pluriprofessionnel décrit, pour une situation type, le schéma optimal de prise en charge par l'équipe en précisant qui fait quoi, quand et comment. Le choix des thèmes se fait en lien avec les besoins identifiés par l'équipe : observation récurrente d'une situation complexe ou d'un risque important d'erreur, multiplicité des intervenants sanitaires et sociaux, besoin d'harmonisation des pratiques, etc. Les protocoles s'appuient sur une recherche bibliographique (recommandations, autres protocoles...). Généralement, un groupe de travail au sein de la MSP se forme pour réfléchir à son élaboration et le présente ensuite à l'ensemble de la MSP. Les protocoles sont régulièrement évalués et mis à jour. Dans la région Pays de la Loire, l'APMSL est d'une aide précieuse pour écrire les protocoles, elle a créé un atelier d'écriture de protocoles, auquel participent de nombreuses MSP (106,107).

Les protocoles permettent d'améliorer la qualité des soins des professionnels de santé et permettent un meilleur suivi des patients. L'ACI privilégie certains thèmes comme l'insuffisance cardiaque, la BPCO, les lombalgies chroniques ou encore les patients obèses, les suivis post Accident Vasculaire Cérébral (AVC), etc.

Par exemple, le Pôle de Santé Ouest Anjou (Maine-et-Loire) a établi un protocole sur les antivitamines K (AVK) pour formaliser la prise en charge des patients prenant des anticoagulants oraux. Le Pôle de Santé Ouest Anjou regroupe des médecins, des IDE, des masseurs-kinésithérapeutes, des pharmaciens, une sage-femme, un dentiste, une podologue et une psychologue.

Ce protocole a été écrit par une infirmière et un pharmacien de la MSP ; sa rédaction a pris environ trois mois. Il y précise le rôle du médecin, du pharmacien et de l'infirmier pour une meilleure prise en charge du patient. Tout d'abord, le médecin remet au patient une ordonnance où il est mentionné l'*International Normalized Ratio* (INR) cible. Il explique au patient qu'il doit noter ses résultats d'INR et la quantité prise d'AVK dans son carnet de surveillance et qu'en cas d'INR anormal, il doit le prévenir. Ensuite, le pharmacien délivre le traitement, le carnet de suivi et la fiche sur les signes d'alerte. Il propose au patient un entretien pharmaceutique si la durée du traitement est prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois. Puis, l'infirmier réalise le bilan sanguin et les résultats lui sont transmis si le patient donne son accord. Pour un patient non autonome, l'infirmier administrera le traitement au bon dosage selon la valeur de l'INR (tableau établi par la prescription individualisée) ([Annexe 4](#)).

#### *d. Les missions de santé publique*

Les professionnels de santé développent leur rôle de santé publique et d'éducation thérapeutique au sein des MSP avec la création des missions de santé publique. Ces missions regroupent les projets de prévention et de promotion de la santé.

Ces missions peuvent venir des professionnels de santé eux-mêmes ou répondre à des appels à projets. L'ACI indique certaines missions réalisables comme l'organisation d'un programme d'ETP, la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, des actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale, la prévention de la souffrance psychique et des conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans, la prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, dénutrition, hydratation, dépression, iatrogénie), etc.

#### i. Projet de prévention sur l'addiction : l'exemple de la MSP des Rives de l'Yon

Dans la MSP des Rives de l'Yon (Vendée), il y a des médecins généralistes, des IDE dont une infirmière ASALÉE, un pharmacien, un pédicure-podologue, des masseurs-kinésithérapeutes, deux orthophonistes, deux dentistes, une diététicienne et une psychologue.

La MSP des Rives de l'Yon a actuellement trois projets de santé en cours : un projet facilitant l'accès aux soins pour les moins de 25 ans présentant des troubles du comportement, un projet portant sur l'addiction et un dernier portant sur la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant.

Suite à plusieurs concertations pluriprofessionnelles, des membres de la MSP ont exprimé une difficulté à gérer des situations complexes chez des patients sujets aux addictions et ont décidé de suivre une formation. Cette formation, divisée en quatre séances, a permis aux professionnels d'être mieux armés face à ces situations et de mieux connaître les dispositifs et les partenaires pour orienter les patients. Pour s'aider dans cette démarche, la MSP a pris contact avec l'espace vendéen en addictologie (EVA).

En plus de la formation, le projet comprend des actions de prévention au grand public. En effet, la MSP a publié dans le journal de la commune des Rives de l'Yon un article, relu par des experts, portant sur les addictions. La MSP a également organisé, dans l'espace jeune des Rives de l'Yon, une pièce de théâtre autour de la prévention des écrans.

#### ii. Réunions collectives d'aide au sevrage tabagique : l'exemple du Pôle Santé de Savenay

Le Pôle Santé de Savenay (Loire-Atlantique) comprend des médecins généralistes, un angiologue, des IDE, un pédicure-podologue, une diététicienne et une psychologue.

Le Pôle Santé de Savenay, également dans une démarche de prévention des comportements addictifs, a proposé des réunions collectives d'aide au sevrage tabagique. Le recrutement s'est fait en consultation et visait les patients en questionnement par rapport à un sevrage ou leur consommation. Il y avait quatre séances d'une heure et demie environ, ce qui équivalait à un cycle. Chaque séance était animée par un nouvel intervenant : un tabacologue, un médecin généraliste, une diététicienne et une psychologue. Les résultats de ce projet sont globalement positifs malgré une participation des patients plus faible qu'attendue ([Annexe 6](#)).

### *e. Le rôle du coordinateur*

Pour la mise en place de ces actions il faut un coordinateur. Le coordinateur de santé est un poste clé de la MSP. Il assure au quotidien, grâce à un temps dédié, les missions d'animation, de gestion de projets, administratives et de communication (108). Le coordinateur anime l'équipe de soins primaires et fédère le groupe. Le poste est attribué, soit à un professionnel de santé de la MSP (généralement infirmier, diététicien ou médecin), soit à une personnalité extérieure recrutée par la MSP.

Le coordinateur de santé met en œuvre le projet de santé. Il met en place les actions de santé publique choisies et fait avancer les projets transverses comme la mise en place du système d'information partagé. Il peut être amené à gérer certaines missions administratives, comme : la comptabilité, la gestion des ressources humaines, les achats de fournitures et de matériels, la vie de la structure (organisation d'Assemblées Générales, gestion de l'entretien du bâtiment, etc.), l'élaboration de documents : charte, comptes-rendus, affichage, etc.

Le coordinateur de santé peut assurer des missions de communication interne et externe, mais également auprès des patients. Dans la communication externe, le coordinateur gère les relations avec les institutions et les partenariats avec les structures médico-sociales. En interne, il gère les plannings, organise les réunions de concertation pluriprofessionnelles et accueille les nouveaux arrivants comme les nouveaux professionnels de santé ou les stagiaires. L'accueil des stagiaires est inscrit dans l'ACI. Montrer le fonctionnement des MSP aux futurs professionnels de santé est important pour développer et promouvoir l'interprofessionnalité (100). Vincent Nadeau, pharmacien au Pôle de Santé Ouest Anjou indique que « *ça donne envie aux jeunes de travailler en pluriprofessionnalité. Le problème c'est qu'il y a trop peu de MSP pour avoir suffisamment de terrain de stage et encore moins avec des pharmaciens.* » ([Annexe 5](#))

### 3. Les avancées des maisons de santé pluriprofessionnelles

Aujourd'hui, sur le territoire français, certaines MSP sont arrivées à un niveau de maturité suffisant et souhaitent faire évoluer leur projet de santé. Elles veulent alors s'ouvrir à d'autres structures et créer d'autres partenariats. Deux exemples vont être illustrés dans cette partie : les Communautés de professionnels territoriales de santé (CPTS) et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles universitaires (MSPU).

*a. S'ouvrir dans le territoire : les Communautés de professionnels territoriales de santé*

Les Communautés de professionnels territoriales de santé ont été créées par la loi de modernisation de la santé et sont un nouvel échelon de structuration de l'offre de soins de premier recours (94,109). Leur définition est : « *une CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, qui peuvent être des acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé* » (94). Les CPTS sont constituées à l'initiative des professionnels : entre des équipes de soins primaires et/ou des maisons de santé, et/ou des établissements de santé, et/ou des établissements médico-sociaux, et/ou des réseaux, etc. Les ARS peuvent soutenir les CPTS grâce aux fonds d'intervention régionaux (FIR).

Le territoire de chaque CPTS ne correspond pas nécessairement à une entité géographique administrative existante ou à un contrat local de santé. Les CPTS s'organisent autour d'une approche populationnelle qui constitue à définir leur périmètre géographique en fonction des organisations des parcours de patients (110).

Aujourd'hui près de 200 CPTS sont créées ou en projet. Dans la région Centre-Val de Loire, les URPS ont dessiné un maillage de la région, mais les CPTS sont loin d'être effectives. En Pays de la Loire, quatre sont en cours de création et de validation, et ne peuvent donc pas être citées à ce jour.

*b. S'ouvrir à la recherche en soins primaires : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles universitaires*

Depuis octobre 2017, est entrée dans la loi la définition des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles universitaires. Les MSPU permettent le développement de la formation et de la recherche en soins primaires. Pour obtenir cette qualification universitaire, la MSP conclut une convention avec l'ARS et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine.

La signature de la convention nécessite que soient respectés certains critères. Le premier est la présence majoritaire de praticiens agréés en qualité de maîtres de stage des universités pour l'accueil des étudiants de troisième cycle des études de médecine. Il doit y avoir un accueil d'au moins un étudiant de deuxième cycle en médecine, d'au moins deux étudiants de troisième cycle en stage de médecine générale et un accueil effectif ou envisagé d'autres professionnels en formation. Le deuxième est la réalisation de recherches en soins primaires selon les bonnes pratiques de recherche clinique. Le troisième est une structure réunissant au moins un enseignant titulaire universitaire de médecine générale, ou un enseignant associé universitaire de médecine générale qui exerce son activité de soins dans la structure ; et un chef de clinique de médecine générale ou un ancien chef de clinique de médecine générale qui exerce son activité de soins dans la structure (111).

Ces structures pourraient voir le jour dans la région Pays de la Loire qui a une forte densité universitaire.

---

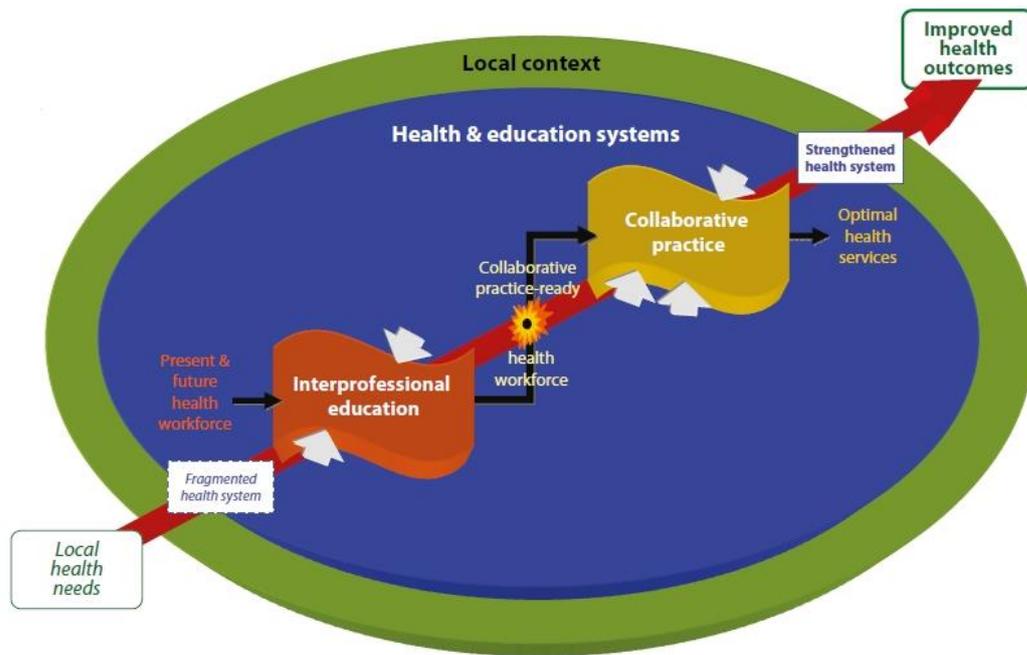
## Partie 3 : Apprendre à travailler en coopération : la construction d'un enseignement interprofessionnel

---

Travailler ensemble, ça ne s'improvise pas, ça s'apprend ! Bien que les professionnels de santé souhaitent s'investir dans les nouvelles formes de coopération, ils ne savent pas forcément comment s'y prendre. Les professionnels doivent alors apprendre à travailler ensemble et l'éducation interprofessionnelle ou *interprofessional education* (EIP) est le meilleur moyen pour le faire.

L'éducation interprofessionnelle se produit lorsque deux professions ou plus apprennent à se connaître pour permettre une collaboration efficace et améliorer les résultats en matière de santé. L'EIP n'est ni un groupe d'apprenants de différentes professions assis dans une même salle à écouter le même cours ; ni des apprenants d'une profession expliquant leurs connaissances à d'autres apprenants d'autres professions dans un échange unilatéral (1).

Depuis 1978, l'OMS étudie l'EIP et reconnaît qu'apprendre à travailler ensemble permet de répondre aux nouveaux défis qui attendent les systèmes de santé (cf. partie 1) (112). De plus, en 2010, l'OMS annonce « *qu'il y a suffisamment de preuves pour montrer que l'éducation interprofessionnelle permet une pratique collaborative efficace qui, à son tour, optimise les services de santé, renforce les systèmes de santé et améliore les résultats en matière de santé* » (cf. figure 16) (1).



*Figure 16 Impact de l'EIP sur la collaboration professionnelle et sur le système de santé*

Depuis maintenant 40 ans, ce nouveau mode d'éducation s'est considérablement développé, mais reste cependant encore marginale et très souvent facultative. Il est donc nécessaire de développer ces enseignements dans les UFR. Il va être étudié, dans ce travail, la construction d'un enseignement d'EIP.

La pédagogie repose sur trois piliers : les objectifs d'apprentissage, les activités pédagogiques et la stratégie d'évaluation. Premièrement, seront étudiés les protagonistes de l'EIP, deuxièmement, les objectifs d'apprentissage, troisièmement, les méthodes d'enseignement applicables pour atteindre ces objectifs et dernièrement les méthodes d'évaluation.

## I. Les protagonistes dans l'enseignement interprofessionnel

En 2008, dans le monde, 84 % des formations d'EIP se déroulent pendant la formation initiale des études de santé (113). Les 16 % restant sont proposées aux professionnels de santé dans le cadre de formations continues. De par ces chiffres, le propos suivant va se porter sur la formation initiale des études de santé. Différents acteurs entrent en jeu dans cet enseignement interprofessionnel, ils sont classés en trois catégories : les apprenants, les formateurs et les institutions, avec pour chacun, des rôles et des missions précis.

### 1. Les apprenants

Les apprenants de l'EIP sont, ici, les futurs professionnels de santé. Les médecins sont très souvent inclus avec un ou plusieurs autres professionnels de santé, comme les pharmaciens, les sages-femmes ou les infirmiers. Les futurs professionnels du travail social (travailleurs sociaux, éducateurs, etc.) peuvent participer à ces enseignements (114).

L'EIP n'est pas un enseignement « traditionnel » et demande aux apprenants un investissement plus important (115). Certains apprenants ne veulent pas s'y investir et ce pour plusieurs raisons. Ils peuvent considérer que l'apprentissage de l'interprofessionnalité n'est pas une priorité et souhaitent avant tout consacrer du temps à leur formation professionnelle ou ils peuvent avoir des résistances face à tout changement ou innovation. Malgré ces faits, l'OMS estime que l'EIP doit être obligatoire dans la formation des professionnels de santé (1).

Il est primordial de mettre les apprenants dans un environnement favorable. Pour cela, ils doivent se sentir en sécurité dans leur rôle et leur identité professionnelle. Chaque apprenant doit se sentir sur un pied d'égalité avec les autres (116). Il est donc recommandé d'avoir une composition de groupe équilibrée avec un nombre équivalent de participants dans chaque profession. Par exemple un groupe constitué de cinq médecins, cinq pharmaciens et cinq infirmiers va permettre à chacun de se sentir à l'aise, alors qu'un groupe constitué de deux médecins, trois pharmaciens et dix infirmiers ne va pas apporter la même sécurité à chaque participant. Cette composition ne reflète certes pas la réalité mais permet d'être à l'aise pour une première approche de l'interprofessionnalité.

Il est également important que le contenu de la formation soit pertinent pour la pratique actuelle ou future de chaque apprenant, d'où la nécessité de proposer des exercices pratiques proches de l'activité clinique.

Pour mobiliser au mieux les ressources des apprenants et être dans les meilleures conditions, il est primordial de prendre en compte le niveau d'études des différents participants. Ils doivent être dotés d'un minimum de connaissances cliniques et bien connaître leurs propres rôles et responsabilités. Par exemple, il est cohérent d'envisager des formations entre des internes en médecine générale, des étudiants en cinquième année de pharmacie et des étudiants en troisième année d'infirmier, car ils sont tous arrivés en fin de cursus.

Néanmoins, il serait souhaitable que la philosophie du « travailler ensemble » soit abordée plus tôt dans le cursus de formation des étudiants. Les étudiants pourraient alors se projeter dans cette culture de l'interprofessionnalité et ne plus être déroutés par le changement de posture qui en découle (114).

## 2. Les formateurs

Les formateurs doivent être engagés, motivés et capable d'évoquer les bienfaits de l'interprofessionnalité. Actuellement, il n'existe pas de références concernant l'EIP. Pour construire ce type d'enseignement, les formateurs doivent alors effectuer plus de recherches qu'un enseignement « traditionnel », ce qui donc demande aux formateurs une implication très forte.

Les formateurs doivent être issus des différentes professions de santé pour un bon équilibre de la formation. Ils s'engagent dans une collaboration interprofessionnelle et préparent ensemble les séances en définissant les trois piliers de la pédagogie citée précédemment

La place du formateur change dans l'EIP, ils ne sont plus des « conférenciers » qui apportent des connaissances et des méthodes magistrales, ils deviennent des « facilitateurs ». Le facilitateur a pour but d'aider les apprenants à réfléchir par eux-mêmes, à être autonomes. Il gère le groupe et propose des situations, des cas d'études, mais laisse les apprenants avancer dans leur réflexion. Il veille à maintenir un climat bienveillant et représente une neutralité.

De nombreux formateurs estiment être sous-préparés. Ils ont besoin d'apprendre comment animer un groupe, comment coacher les apprenants, comment les amener à trouver leur propre cheminement. De plus, même les plus expérimentés peuvent trouver intimidant d'être confrontés à des étudiants issus de milieux professionnels divers ayant des perspectives, des attentes, des hypothèses et des méthodes d'apprentissage différents (116).

### 3. Les institutions

Instaurer un enseignement d'EIP demande des aménagements logistiques et des supports financiers (117). Les formateurs doivent donc être soutenus par les institutions que ce soit les UFR ou les pouvoirs publics.

Au niveau des UFR, il est nécessaire de prévoir, dans les plannings des apprenants de différents cursus, des temps communs et d'étudier aussi les locaux qui seront mis à disposition des apprenants et des formateurs. Pour cela, il est important que les doyens et les conseils de gestions des différentes UFR se concertent et décident ensemble de la meilleure organisation possible.

Au-delà de la simple concertation, certaines UFR ont décidé de travailler elle-même en interprofessionnalité en fusionnant pour devenir des UFR Santé. Par exemples, en 2017, les UFR de pharmacie et de médecine d'Angers ont fusionné en une UFR Santé.

L'EIP, en France, reste marginale. Elle est évoquée depuis peu par les instances publiques. En 2016, a eu lieu la Grande Conférence de Santé (GCS). Une des mesures issues de la CGS est de créer un groupe de travail (doyens, présidents d'université, enseignants, organismes de formation paramédicale, représentants professionnels, organisations étudiantes...) qui doit identifier les enseignements qui peuvent être mutualisés et les modalités pratiques de cette mutualisation (118). En espérant que la France prenne en main l'éducation interprofessionnelle.

## II. Les compétences visées par l'éducation à l'interprofessionnalité

L'EIP doit s'appuyer sur des objectifs d'apprentissages explicites et clairs tant pour les apprenants que pour les formateurs. Un objectif pédagogique décrit ce que l'apprenant est censé réaliser concrètement à l'issue de son apprentissage au cours d'une séquence pédagogique. Ils sont déterminés par le formateur pour construire, conduire et évaluer les séquences de formation (119).

La taxonomie de BLOOM est une des méthodes qui permet de formuler de manière claire les objectifs d'apprentissage (cf. figure 17). Les objectifs d'un apprentissage, selon la taxonomie de BLOOM, sont organisés de manière progressive (du niveau le plus simple au plus complexe). Avoir des objectifs qui suivent une logique de progression permet alors d'avoir un ordre cohérent des séances (120).

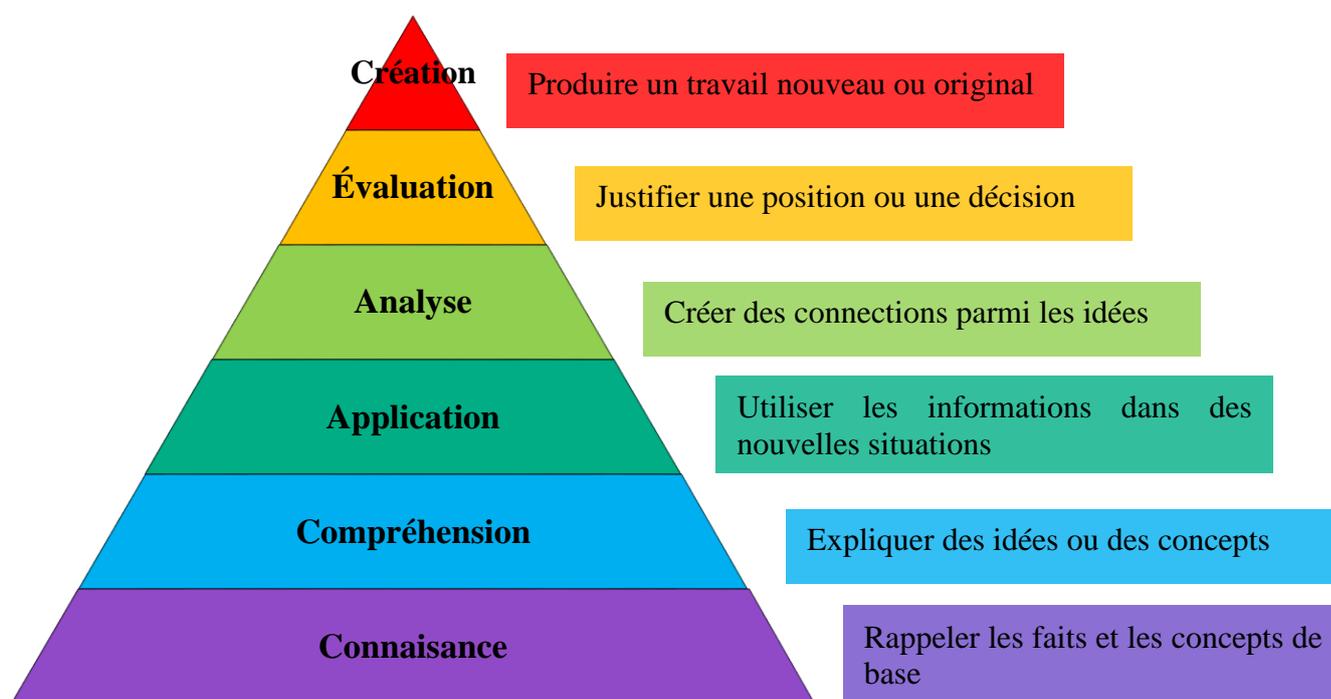
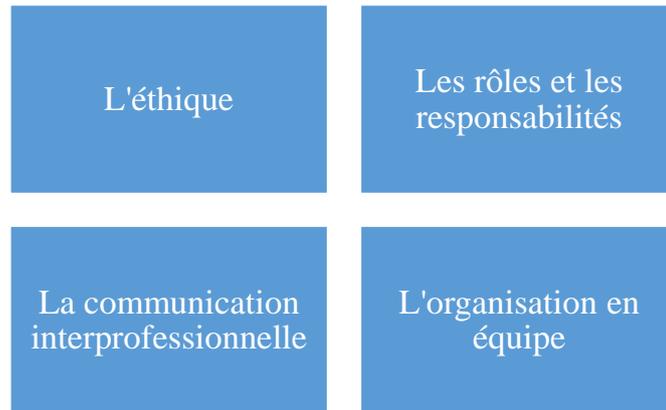


Figure 17 Taxonomie de Bloom

L'objectif premier de tout enseignement d'EIP est d'apprendre aux professionnels à travailler ensemble. Les objectifs pédagogiques de l'EIP se basent donc sur les compétences collaboratives, compétences que chaque profession doit avoir pour collaborer avec ses confrères, d'autres professionnels, des patients et leurs aidants, etc. (121). Ces compétences sont, selon la littérature, différenciées en quatre domaines (cf. figure 18). Elles font l'objet dans la suite de ce travail, d'une explication individuelle malgré qu'elles soient fortement liées (122,123)



*Figure 18 Domaines de compétences de l'éducation interprofessionnelle*

### 1. L'éthique

L'éthique professionnelle est une réflexion sur les valeurs qui motivent les conduites des professionnels et qui sont actualisées dans les codes de déontologie (124). Dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle, ces valeurs sont enrichies pour élaborer une nouvelle identité interprofessionnelle. En effet, les apprenants doivent comprendre l'importance de l'interprofessionnalité pour avoir une meilleure approche centrée sur le patient.

### 2. Les rôles et les responsabilités

Réunir des apprenants de différentes professions permet la découverte des métiers (les rôles et les responsabilités) et combat les stéréotypes et préjugés que les apprenants ont vis-à-vis des autres. Dans la pratique professionnelle, lors de l'établissement d'un projet, cette connaissance permet de savoir quel professionnel inclure selon ses compétences pour avoir un projet le plus cohérent possible (122,123,125).

Les stéréotypes sont façonnés par les messages et les images qu'envoient les médias et la société (114). Les préjugés se développent, quant à eux, sur des expériences personnelles de l'apprenant ou sur des dires de leurs aînés. En effet, les étudiants se solidarisent avec les membres de leur future profession et développent un sentiment d'appartenance et de cohésion et, en même temps, construisent une image de celles et ceux qui n'appartiennent pas à leur groupe professionnel.

En amont, chaque apprenant doit connaître son propre rôle et ses limites. Cela lui permettra de comprendre celui des autres professions et comment leur rôle est complémentaire au sien.

### 3. La communication

La communication est un élément indispensable pour une bonne collaboration interprofessionnelle. Les apprenants, à travers les séances d'EIP, découvrent les outils de communication qui sont à leur disposition et apprennent les sources potentielles de conflit et leurs résolutions.

Les professionnels de santé se rencontrent à différents moments. Il y a des moments d'échanges formels comme les réunions de concertation au sujet d'un patient, et des moments informels pour discuter plus librement d'un patient ou pour créer un projet. Ces échanges ont lieu de manière physique ou sont effectués à distance. À distance, les professionnels utilisent fortement le téléphone ou le fax mais des outils modernes permettent une communication plus fluide (122,126).

Actuellement, deux outils modernes existent : le DMP, créé en 2016, et la messagerie sécurisée (127). La messagerie sécurisée, propre à chaque professionnel de santé, permet une meilleure communication en simplifiant et en sécurisant les échanges. Le DMP appartient, quant à lui, au patient et contient les données relatives à la prévention, à l'état de santé et au suivi médico-social de celui-ci : état des vaccinations, synthèses médicales, lettres de liaison de sortie d'hospitalisation, comptes rendus de biologie médicale, examens d'imagerie médicale, actes diagnostiques et thérapeutiques ou traitements prescrits (128). Il peut être consulté par tous les professionnels de santé ayant eu l'autorisation du patient. Dans le DMP, sera bientôt intégré le dossier pharmaceutique (DP). Fierté des pharmaciens, le DP a été créé il y a 10 ans et il existe, aujourd'hui, 36,2 millions de DP actifs (129).

Ces outils ne sont pas encore généralisés dans toute la France. En effet, des freins persistent comme la non intégration aux logiciels métier, la difficulté d'accès et la non interopérabilité entre les outils non entre eux.

Une mauvaise communication est un obstacle à la prise de décisions, ainsi qu'une source de conflits et de problèmes. Les conflits sont inévitables dans un travail d'équipe ; ils sont dus à des problèmes d'incompréhension, d'interprétation, de points de vue ou d'objectifs divergents ou encore d'un manque d'informations. Les membres de l'équipe doivent adopter systématiquement une approche constructive de résolution des conflits (en appréciant la nature potentiellement positive de ceux-ci). Les conflits peuvent si possible être anticipés en identifiant les situations courantes susceptibles d'en provoquer ; c'est en reconnaissant ces risques que l'équipe met en place des mesures constructives pour y faire face. Il faut également créer un environnement propice à l'expression d'opinions différentes.

#### 4. L'organisation en équipe

La pratique du travail en équipe rassemble les professionnels autour de buts communs et de la recherche de solutions afin d'améliorer la prise en charge du patient. Les membres de l'équipe sont mutuellement dépendants les uns des autres et se partagent les renseignements pouvant mener aux prises de décisions (130).

Le travail en équipe exige de la confiance, du respect et un engagement à collaborer (130). Pour avoir la meilleure organisation d'équipe possible, trois éléments doivent être réunis. Premièrement, la composition de l'équipe doit être réfléchie avec des personnalités aux profils différents, mais complémentaires (131). La répartition des tâches doit être claire avec des rôles et des responsabilités assumés. Deuxièmement, les conditions dans lesquelles l'équipe travaille doivent être aménagées au travail en équipe. Troisièmement, il est nécessaire aux équipes de se former pour une meilleure cohérence des pratiques au sein de l'équipe (132).

### III. Les méthodes d'enseignements

En EIP, il faut privilégier les méthodes d'apprentissages interactives : discussions plénières, analyse de vidéos ou de cas cliniques, résolutions de problèmes, jeux de rôles, etc. (116,125) Il n'existe aucune liste exhaustive de ces méthodes d'apprentissage. Les formateurs et les centres de formation doivent donc faire preuve de créativité et d'innovation.

Il va être détaillé dans cette partie les techniques les plus fréquemment retrouvées dans la littérature et les plus simples à réaliser. Elles s'appuient sur différentes expériences d'EIP réalisées en France.

#### 1. *Le speed-dating*, l'exemple de l'Université Rennes 1

*Le speed-dating*, rencontres brèves et minutées, est une technique bien connue pour les rencontres amoureuses. À Rennes, dans le cadre d'un projet d'EIP, ce principe a été décliné pour favoriser les rencontres professionnelles et apprendre aux étudiants à se connaître.

Le rythme a été calqué sur celui couramment utilisé en *speed-dating*. Pendant sept minutes, deux apprenants échangent sur leur travail et leur quotidien. Ils se convainquent alors mutuellement de travailler ensemble au service du patient en trouvant leur complémentarité. Entre chaque rencontre, les étudiants ont cinq minutes pour se déplacer mais aussi pour noter leurs réflexions « à chaud ». Un travail de groupe est organisé ensuite, pour réaliser un retour d'expérience en séance plénière afin d'en faire une synthèse commune (133).

#### 2. Apprendre par le jeu de rôles : l'exemple de l'Université de Nantes

##### a. *Le jeu de rôle*

Le jeu de rôle est un outil pédagogique où l'apprenant expérimente une situation professionnelle simulée lui permettant d'exercer ses facultés de communication ou d'essayer différentes façons d'intervenir et d'en percevoir les effets, le tout dans un contexte protégé et non préjudiciable au patient. Il est à noter que la solution diagnostique ou thérapeutique du cas n'est pas l'élément principal. Le jeu de rôle classique met en scène deux apprenants, qui jouent respectivement le rôle du professionnel de façon spontanée et le rôle du patient en fonction d'un scénario prédéfini, dans une situation choisie (134).

Il existe deux types de jeu de rôle : le jeu de rôle procédural, qui vise l'acquisition d'une habileté (savoir-faire) et le jeu de rôle exploratoire, dont l'objectif est de mieux se connaître et de s'ajuster comme intervenant (savoir-être). Le jeu de rôle exploratoire s'ajuste le mieux pour un enseignement d'EIP.

Animer un jeu de rôle se déroule en trois étapes : avant, pendant et après le jeu. Avant le jeu de rôle, le formateur doit préciser la cible de cette activité et les objectifs de la séance. Il décrit ensuite les tâches des observateurs, annonce le type de retour attendu (« *à la place du médecin (ou du patient), je me serai senti ... ou j'aurai dit* ») et pour finir, prépare et sécurise les protagonistes en précisant le cadre du jeu de rôle. Pendant la scène, il doit annoncer le début et la fin du jeu de rôle tout en faisant des arrêts si besoin. Après le jeu, il faut commencer par demander aux protagonistes de s'exprimer sur leur ressenti, recueillir les commentaires des observateurs, tout en s'attachant à un regard objectif et non personnel. Ensuite, parler des aspects émotifs, en recueillant les ressentis des participants et conclure sur les messages pédagogiques (134).

*b. « Compétences partagées », l'unité d'enseignement de l'Université de Nantes*

Depuis 10 ans, l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques organise avec l'UFR de Médecine, une unité d'enseignement (UE) appelée « Compétences partagées ». Elle réunit les étudiants en cinquième année de pharmacie du parcours officine et les internes en médecine générale. L'objectif de cette UE est d'améliorer la communication entre les futurs médecins généralistes et les futurs pharmaciens d'officine à travers des jeux de rôles.

L'UE a lieu lors du premier semestre et est constitué de 10 séances. Chaque étudiant en pharmacie assiste à 5 séances et chaque interne de médecine assiste à seulement une séance. Les internes en médecine sont environ 200 et les externes en pharmacie sont environ 30. Ce découpage a été choisi pour qu'à chaque séance, le nombre d'étudiant en pharmacie et le nombre d'étudiant en médecine soit proche.

Les jeux de rôle sont sur des cas cliniques avec une problématique qui nécessitent une communication médecin – pharmacien - patient (ruptures, oublis, observance, renouvellements, etc.) ([Annexe 3](#)). Durant les séances sont organisés deux ou trois jeux de rôles mettant en scène au minimum un étudiant en pharmacie et un interne en médecine. Après chaque jeu de rôle, a lieu un compte-rendu pour connaître les réactions des participants et celles de l'ensemble des observateurs.

Les formateurs de ces séances sont des professeurs ou des maîtres de conférences de l'une ou l'autre des UFR ou encore des professionnels en exercice. L'équilibre est toujours respecté entre un médecin et un pharmacien.

Jean-François HUON, Pharmacien Assistant Hospitalo-Universitaire, un des organisateurs de l'UE, dit qu'il n'est pas encore envisagé d'inclure d'autres professions dans cet enseignement. Les inclure rendrait l'organisation en termes de nombre d'apprenants plus difficile à gérer et les situations cliniques plus compliquées à trouver.

### 3. Construire un projet de groupe : l'exemple de l'Université d'Angers

L'UFR de Santé d'Angers a organisé lors de l'année scolaire 2016-2017, un séminaire interprofessionnel avec plus de 600 étudiants issus de différentes formations : Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Maïeutique, Médecine, Pharmacie et Infirmier. Le séminaire était organisé en deux temps : un temps de présentation du projet aux étudiants au mois de novembre et la journée de présentation des projets au mois de mai.

Au mois de novembre, les étudiants se sont réunis pour la présentation du projet. Les 600 étudiants se sont répartis en groupe de 10 et devaient créer leur projet selon l'un des six grands axes : représentations professionnelles, éducation, prévention et pédagogie, santé mentale - handicap, soins palliatifs – douleur, organisation des soins sur le territoire et patient fragile sur le plan bio-psycho-social. Ils ont pu, lors de cette journée, initier leur réflexion après un premier échange.

Jusqu'au mois de mai, les étudiants ont continué à travailler à distance grâce à la plateforme MOODLE®. Pour les guider dans leur travail, ils ont été accompagnés par un pool de personnes, dites « personnes ressources » : enseignants, formateurs, cadres, personnels du Centre hospitalier universitaire (CHU) ou bien de l'ARS Pays de la Loire. À la suite de quoi, le travail des étudiants a été corrigé par leurs pairs. Autrement dit, chaque étudiant devait lire et évaluer un mémoire d'un autre groupe. Un retour d'évaluation était par la suite fourni aux étudiants, leur permettant d'améliorer leur propre travail.

Puis, est arrivée la journée du séminaire avec la présentation des projets. Le matin était consacré aux présentations orales des étudiants ; à tour de rôle, chaque groupe devait exposer son travail et procéder à un retour d'expérience sur le « travailler ensemble ». L'après-midi était organisé sous forme de séance plénière où différents intervenants ont partagé leur expérience sur la thématique centrale de l'interprofessionnalité (l'interprofessionnalité en pratique, les perspectives, les maisons de santé, etc.) (135).

Les étudiants ont été très nombreux à choisir une situation clinique, et donc un apprentissage par « problème », pour illustrer leurs travaux. L'apprentissage par problème est caractérisé par l'utilisation du contexte du problème de santé, présenté le plus souvent sous la forme d'une vignette clinique et sur un papier (136). Un problème est constitué par la description d'un ensemble d'évènements observables ou de phénomènes qui méritent une explication. Il permet la mise en œuvre de plusieurs principes de pédagogie active comme créer le lien entre les sciences fondamentales et sciences cliniques, solliciter la réactivation et l'auto-évaluation des connaissances antérieures des étudiants, favoriser la motivation des étudiants, etc.

#### 4. D'autres méthodes d'enseignements

##### a. *Des activités similaires au speed-dating*

Le *speed-dating*, organisé à l'Université de Rennes 1, repose principalement sur la compétence des rôles et responsabilités. Des activités autres que le *speed-dating* peuvent être mises en œuvre pour apprendre cette compétence.

Le premier exemple repose sur un travail de réflexion. L'activité se concentre sur une profession et chaque étudiant ne faisant pas partie de la profession désignée explique sa vision de la profession désignée. Intervient alors un étudiant de la profession concernée pour résumer les ressentis des participants et affirmer ou infirmer ces ressentis.

Le deuxième exemple repose sur un travail par cartes d'associations métaphoriques. Les apprenants doivent choisir une ou deux cartes représentant leur profession. Quand tout le monde a choisi la ou les carte(s), ils expliquent leur choix à tour de rôle. Les apprenants découvrent alors les similitudes et les différences entre les professions en se posant des questions.

### *b. Les stages*

Les étudiants des différentes professions se rencontrent lors des stages hospitaliers ou ambulatoires. Les stages cliniques réalisés par les apprenants sont l'occasion pour eux de développer des compétences dans un contexte professionnel réel, accompagné de professionnels variés. Les étudiants peuvent même aller plus loin et mettre en place un projet commun lors des stages.

En dehors des stages hospitaliers, les étudiants ont la possibilité de réaliser des stages volontaires en ambulatoire chez une autre profession. C'est l'occasion pour les étudiants de sixième année de pharmacie, lors de leur stage de six mois en officine, de passer quelques jours chez un médecin généraliste ou encore un IDE.

Depuis avril 2018, le gouvernement MACRON a décidé de mettre en place le service sanitaire obligatoire dans les études de santé. Il sera effectif à la rentrée 2018. Il consiste pour les étudiants à réaliser des actions de prévention de Santé publique (promotion de l'activité physique, information sur la contraception, lutte contre les addictions – tabac, alcool, drogues, etc.) dans des établissements scolaires, des EHPAD, des structures médico-sociales ou d'autres institutions. En plus d'initier les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention et de la promotion de la santé, le service sanitaire a comme objectif de favoriser l'interprofessionnalité des étudiants en santé par la réalisation de projets communs à plusieurs filières de formation (137,138).

#### IV. Les méthodes d'évaluation

L'évaluation est la dernière étape d'un enseignement, après en avoir défini les protagonistes, les objectifs d'apprentissage puis pratiqué ces enseignements selon des méthodes interactives. Elle est définie comme la mesure, à l'aide de critères déterminés, des acquis d'un apprenant, de la valeur d'un enseignement, etc. (139).

Il existe différents niveaux d'évaluation qui doivent être analysés pour pouvoir développer une démarche d'évaluation pertinente (cf. tableau 2). À ce jour, l'évaluation de l'EIP est concentrée sur la satisfaction des apprenants (niveau 1) ainsi que sur l'auto-évaluation de leur apprentissage (niveau 2a) ; les niveaux supérieurs étant plus difficiles à estimer (140,141).

Même si les méthodes d'évaluation pratiquées à ce jour ne permettent pas d'évaluer si les réelles compétences visées par l'enseignement ont été acquises. Il est incontestable qu'une fois que les apprenants comprennent comment travailler en interprofessionnalité, ils sont prêts à entrer dans le monde du travail en tant que membre d'une équipe collaboratrice (1,113,117,142).

*Tableau 2 Niveaux d'évaluation (143)*

<b>Niveau 1</b>	Réaction des apprenants	Opinion de l'apprenant sur l'expérience d'apprentissage et sa nature interprofessionnelle
<b>Niveau 2a</b>	Modifications des attitudes et des perceptions	Changement de perception ou d'attitude réciproque des participants des groupes, changement d'attitude ou de perception relatif à la valeur d'une approche d'équipe dans la prise en charge d'un patient d'un groupe spécifique
<b>Niveau 2b</b>	Acquisition de connaissances et de compétences	Incluant des connaissances et compétences liées à la pratique collaborative interprofessionnelle
<b>Niveau 3</b>	Changement de comportements	Transfert et application individuels sur le terrain des compétences interprofessionnelles développées et changement dans les pratiques professionnelles
<b>Niveau 4a</b>	Changement dans les pratiques organisationnelles	Changements plus larges dans l'organisation et la dispense des soins
<b>Niveau 4b</b>	Bénéfice pour le patient	Améliorations dans la santé ou le bien-être des clients / patients

---

## Conclusion

---

Ce travail a permis d'exposer les bénéfices de l'interprofessionnalité vis-à-vis des patients, des professionnels de santé, du système de santé et d'analyser les moyens actuels et futurs pour y parvenir.

Face à l'augmentation des besoins en soins de la population et des disparités concernant l'accès à ces soins, le système de santé actuel continue de révéler ses failles. L'interprofessionnalité permet une réorganisation du travail des professionnels et répond à ces besoins tout en s'inscrivant dans une démarche qualité aujourd'hui inhérente à la bonne prise en charge du patient.

Depuis le début du XXI<sup>ème</sup> siècle, de nombreuses formes de coopération ont vu le jour : réseaux, protocoles de coopération, maisons de santé pluriprofessionnelles, etc. La loi de modernisation du système de santé de 2016, a permis l'évolution de ces formes de coopération avec les CPTS, les PTA, les ESP, et les pratiques avancées dont la réglementation et la législation ont été allégées pour s'adapter au mieux à l'exercice libéral.

Seulement, les professionnels de santé ne sont pas tous prêts à entrer dans un esprit d'interprofessionnalité dans ces formes de coopération. La faute, en partie, à un système éducatif ne les ayant pas poussés à travailler collectivement. L'intégration de l'EIP dans les études de santé permettrait aux étudiants d'acquérir une ouverture d'esprit afin de parfaire ces compétences de travail en équipe et de communication, tout en prenant conscience des rôles et responsabilités de chacun.

C'est avec une prise de conscience collective et une volonté de faire évoluer les choses que l'interprofessionnalité entrera dans la culture de tous les professionnels de santé. Pour que cette évolution ait un impact, le soutien des pouvoirs publics est nécessaire pour ne pas dire indispensable, notamment par la réorganisation des moyens mis à disposition des professionnels. La finalité est une prise en charge efficace et adaptée à chaque patient.

---

## Bibliographie

---

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice [Internet]. 2010. Disponible sur: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)
2. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Primary Health Care : Now More Than Ever [Internet]. 2008 [cité 9 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
3. Aquino J-P, Gohet P, Mounier C. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. 2013.
4. Ministère des affaires sociales et de la santé, Santé publique France, DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France : rapport 2017 [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
5. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 23 juin 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)
6. Aquino J-P. Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_daction\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_perte\\_dautonomie.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)
7. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. 2018 mai [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
8. Fuhrman C. Surveillance épidémiologique de la multimorbidité. Revue bibliographique. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 22 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>.
9. Moreau-Gruet, F. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. 2013.
10. HCAAM, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. La coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis\\_cooperation.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_cooperation.pdf)
11. HAS, Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. 2015 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf)
12. Lourel M. La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. Recherche en soins infirmiers. 2007;(88):4-17.

13. Bischoff T, Herzig L, Sommer J, Haller DM. Multimorbidité : une opportunité pour changer de regard. *Rev Med Suisse*. 11 mai 2016;12(518):915.
14. Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Études et Résultats. févr 2010;(718):8.
15. HAS, Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parcours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf)
16. Sirven N, Bourgueil Y, Université de Paris 5, IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. La prévention de la perte d'autonomie la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. [Internet]. Paris: Irdes; 2016 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>
17. Université de Reims Champagne-Ardenne. Grille SEGA-A [Internet]. 2014 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: [http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille\\_SEGA\\_A\\_validee.pdf](http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/Grille_SEGA_A_validee.pdf)
18. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
19. CNSA, Caisse nationale de solidarités pour l'autonomie. Rapport de la CNSA : Pour une politique de prévention au service de l'autonomie [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000215/index.shtml>
20. Shankland R, Lamboy B. Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques Psychologiques*. juin 2011;17(2):153-72.
21. HAS, Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/>
22. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, *Questions d'économie de la santé*. sept 2012;(179):8.
23. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa - Promotion de la santé. 1986; Disponible sur: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
24. République Française. Priorité Prévention : Rester en bonne santé tout au long de sa vie [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_de\\_sante\\_publicque\\_\\_psnp.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf)
25. Ministre des solidarités et de la santé. Renforcer l'accès territorial aux soins - Premier comité de pilotage national [Internet]. 2018 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: [https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-02/accesauxsoins\\_comitepilotage.pdf](https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-02/accesauxsoins_comitepilotage.pdf)

26. ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Rapport ONDPS 2013 - 2014 [Internet]. [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS\\_2013\\_2014-compressed\\_couv\\_incluses.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportONDPS_2013_2014-compressed_couv_incluses.pdf)
27. Berland Y. Démographie des professions de santé [Internet]. 2002 [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf>
28. DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Portrait des professionnels de santé [Internet]. 2016 [cité 26 août 2018]. Disponible sur: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016\\_mel\\_301117.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gfs-2016_mel_301117.pdf)
29. CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la demographie medicale [Internet]. 2017 [cité 3 mars 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
30. HCAAM, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Formation et « fabrique » des spécialistes [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_seance\\_decembre\\_2016\\_formation\\_et\\_fabrique\\_des\\_specialistes.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_seance_decembre_2016_formation_et_fabrique_des_specialistes.pdf)
31. ISNAR-IMG, InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
32. Dussol A. La fin de l'exercice isolé : le choix du futur. Le concours médical [Internet]. 2015 [cité 10 mai 2018];137(10). Disponible sur: <http://www.lesinterprosdelasante.fr/sites/default/files/LesInterProsPubliCM10.pdf>
33. Ministre des Affaires Sociales et de Sante. Pacte Territoire Santé [Internet]. nov, 2016. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17\\_03\\_10\\_pacte\\_territoire\\_sante\\_-\\_des\\_mesures\\_concretes\\_pour\\_lutter\\_contre\\_les\\_deserts\\_medicaux.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_03_10_pacte_territoire_sante_-_des_mesures_concretes_pour_lutter_contre_les_deserts_medicaux.pdf)
34. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabriellib V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Questions d'économie de la santé [Internet]. 2013;(190). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>
35. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Deserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. mai 2017;(17):63.

36. Long S. 61 jours pour un spécialiste, 8 pour un généraliste : les délais d'attente se sont aggravés depuis 2012. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 2017 [cité 25 juin 2018]; Disponible sur: [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/03/23/61-jours-pour-un-specialiste-8-pour-un-generaliste-les-delaix-dattente-se-sont-aggraves-depuis-2012\\_845930](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/03/23/61-jours-pour-un-specialiste-8-pour-un-generaliste-les-delaix-dattente-se-sont-aggraves-depuis-2012_845930)
37. IFOP, Institut français d'opinion publique, Pour Jalma. L'Observatoire de l'accès aux soins [Internet]. 2014 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: [http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-lacces-aux-soins\\_Edition-2014.pdf](http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-lacces-aux-soins_Edition-2014.pdf)
38. Jakubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Études et Résultats [Internet]. 2012 [cité 3 mars 2018];(797). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
39. Renaud A. Les femmes médecins travaillent moins que les hommes. Le Quotidien du Médecin [Internet]. 1 août 2018 [cité 26 août 2018]; Disponible sur: [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/08/01/les-femmes-medecins-travaillent-moins-que-les-hommes-\\_859788](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/08/01/les-femmes-medecins-travaillent-moins-que-les-hommes-_859788)
40. Barlet M, Collin C, Coldefy M, Lucas-Gabrielli V. L 'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Questions d'économie de la santé. 2012;(174):8.
41. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Journal officiel de la République Française.
42. Ministère de la Cohésion des Territoires. L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/node>
43. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Journal officiel de la République Française.
44. CNOM, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine - Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2009 [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/telemedecine2009.pdf>
45. Or Z, Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [Internet]. IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé; 2008. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
46. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients: édition multiprofessionnelle [Internet]. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, France; 2015 [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/250728>

47. Cartier T, Mercier A, De Pourville N. Constats sur organisation des soins primaires en France. *Système de soins*. 2012;23(101).
48. Michel P, Mosnier A, Kret M, Chanelière M, Dupie I, Haeringer-Cholet A, Keriell-Gascou M, et al. Étude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (Esprit 2013). *Bull Epidémiol Hebd*. 2014;(24-25):410-6. [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/24-25/2014\\_24-25\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/24-25/2014_24-25_1.html). [cité 26 août 2018]; Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/24-25/2014\\_24-25\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/24-25/2014_24-25_1.html)
49. Coombes ID, Stowasser DA, Coombes JA, Mitchell C. Why do interns make prescribing errors? A qualitative study. *The Medical Journal of Australia*. 21 janv 2008;188(2):89-94.
50. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2008;53(2):143-51.
51. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France). Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé: états des lieux et propositions. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2004.
52. Claudeberaud. Les conséquences sanitaires et économiques ignorées de la non-qualité des soins [Internet]. *L'actualité médicale et santé vue par le docteur Claude Beraud*. 2017 [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.claudeberaud.fr/consequences-non-qualite-soins/>
53. OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques. Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. OECD Publishing; 2017 [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health\\_9789264266414-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en)
54. Tenand M. Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ? *Informations sociales*. 22 août 2014;(183):74-82.
55. Brunn M, Chevreur K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux, *Care for patients with chronic illness – concepts, assessment and foreign experiences*. *Santé Publique*. 4 avr 2013;25(1):87-94.
56. République Française. Qu'est-ce que l'Ondam ? La régulation du système de santé Découverte des institutions [Internet]. 2016 [cité 2 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/qu-est-ce-que-ondam.html>
57. Gouvernement. Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018 [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_plfss\\_28-09-17vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plfss_28-09-17vdef.pdf)
58. Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). 2015;6.

59. Mousquès J. Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? Regrouping primary health care practitioners: economic prospects in terms of performance. *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2011;(2):253-75.
60. Bruyere C. Les réseaux de santé français : vers un arbitrage des contraires [Internet]. *Management international, HEC Montreal*; 2008 [cité 11 août 2017]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00519689/document>
61. Bruyere C. Les réseaux de santé en France: de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal. *Gestion et management*. Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II; 2008 p. 465.
62. Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):231-60.
63. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République Française*.
64. Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. *Journal officiel de la République Française*.
65. Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. 2009.
66. DGOS, Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? [Internet]. 2012 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)
67. Murignieux R. Les réseaux de santé à l'heure des PTA : entretien avec Gérard Mick [Internet]. *AgeVillage*. 2018 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.agevillage.com/actualite-14708-1-Les-reseaux-de-sante-a-l-heure-des-PTA-entretien-avec-Gerard-Mick.html>
68. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes. *Journal officiel de la République Française*.
69. Le concours médical. Plateformes territoriales d'appui. *Le concours médical* [Internet]. 25 janv 2018 [cité 1 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.leconcoursmedical.fr/content/2587-plateformes-territoriales-dappui>
70. UNR Santé, Union Nationale des Réseaux de Santé. Accompagnement des réseaux [Internet]. [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.unrsante.fr/accompagnement>
71. Code de la santé publique - Article L1161-1. *Code de la santé publique*.

72. HAS, Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11690-009-0174-4>
73. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Journal officiel de la République Française.
74. Santé publique France. Les formations diplômantes en EPS/ETP [Internet]. 2018 [cité 5 mai 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/liste.asp>
75. INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>
76. Cespharm. Rôle du pharmacien [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
77. Berland Y. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences [Internet]. 2003 [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
78. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel de la République Française.
79. Berland Y, Bourgueil Y. Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé [Internet]. 2006 [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cinq\\_experim\\_juin2006.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf)
80. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51. Journal officiel de la République Française.
81. HAS, Haute Autorité de Santé. Coopération entre professionnels de santé : Guide méthodologique tome 2 [Internet]. 2010. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide\\_methodo\\_tome2\\_21072010\\_2010-09-03\\_13-59-2\\_321.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf)
82. Dussol A. ASALEE : une coopération unique médecins/infirmières. Le concours médical [Internet]. 2016 [cité 10 mai 2018];138. Disponible sur: <http://www.lesinterprosdelasante.fr/sites/default/files/LesInterProspubliCM01.pdf>
83. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Questions d'économie de la santé. 2018;(232).
84. ASALEE. Protocole de coopération entre professionnels de santé ASALEE. 2014.

85. HAS, Haute Autorité de Santé. Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé - Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade [Internet]. 2008 [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport\\_de\\_synthese\\_des\\_evaluations\\_quantitatives\\_relatives\\_aux\\_nouvelles\\_formes\\_de\\_cooperation\\_entre\\_professionnels\\_de\\_sant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/rapport_de_synthese_des_evaluations_quantitatives_relatives_aux_nouvelles_formes_de_cooperation_entre_professionnels_de_sant.pdf)
86. Rottier J-B, Académie Française d'Ophthalmologie. Coopérations professionnelles Ophthalmologie.
87. HAS, Haute Autorité de Santé. Les protocoles de coopération : Bilan du dispositif, Évaluation 2014 [Internet]. 2015 [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport\\_d-activite\\_article\\_51\\_2014\\_post-college\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf)
88. Arrêté du 22 février 2018 modifiant l'arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Journal officiel de la République Française.
89. République Française, Agence Régionale de Santé. COOP-PS - Coopération entre Professionnels de Santé [Internet]. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>
90. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants [Internet]. Journal officiel de la République Française. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/ETSH1105776D/jo>
91. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. Avenant n°11 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-sign%C3%A9.pdf>
92. CNOP, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Bilans partagés de médication, c'est parti! [Internet]. 2018 [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Bilans-partages-de-medication-c-est-parti>
93. Legrain S. Le bilan partagé de médication va dans le sens d'une plus grande coordination des soins [Internet]. 2018 [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/etablissement-de-sante/actualites/le-bilan-partage-de-medication-va-dans-le-sens-dune-plus-grande-coordination-des-soins>
94. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel de la République Française.
95. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Journal officiel de la République Française.

96. Ordre National des Infirmiers. Les protocoles de coopération ne sont pas la solution [Internet]. [cité 24 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/protocoles-de-cooperation.html>
97. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
98. Sénat. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68613.html>
99. APMSL, Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays de la Loire. Association des Pôles et Maisons de Santé en Pays de la Loire [Internet]. [cité 29 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/>
100. Agence Régionale de Santé de Picardie. Monter sa maison de santé pluriprofessionnelle en Picardie [Internet]. 2015 [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: [http://doc.hubsante.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=17842](http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=17842)
101. Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Journal officiel de la République Française.
102. Gendry P. Les professionnels de santé des MSP pourront se concentrer sur leur cœur de métier [Internet]. 2017 [cité 29 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/les-professionnels-de-sante-des-msp-pourront-se-concentrer-sur-leur-coeur-de-metier>
103. FFMPs, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Questions-réponses relatives aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) [Internet]. 2015 [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/images/DOCUMENTS/SISA.pdf>
104. AMELI. Structures de santé pluri-professionnelles [Internet]. 2018 [cité 8 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluri-professionnelles/structures-sante-pluri-professionnelles>
105. Code de la santé publique - Article R1110-1. Code de la santé publique.
106. Desgrées de Lou G. Protocoles pluriprofessionnels : viser l'utilité. Le concours médical [Internet]. 2017 [cité 30 mars 2018];139. Disponible sur: <http://www.apmsl-paysdelaloire.com/wp-content/uploads/2017/10/dossier-corr-1-protocole-concours-mdical-sept-2017.pdf>
107. HAS, Haute Autorité de Santé. Comment élaborer et mettre en oeuvre des protocoles pluriprofessionnels ? [Internet]. 2015 [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs\\_protocoles\\_pluri-pro\\_web2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf)
108. Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé. Maisons de Santé en Occitanie [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <http://www.maisondesante-occitanie-forms.fr/>
109. Code de la santé publique - Article L1434-12. Code de la santé publique.

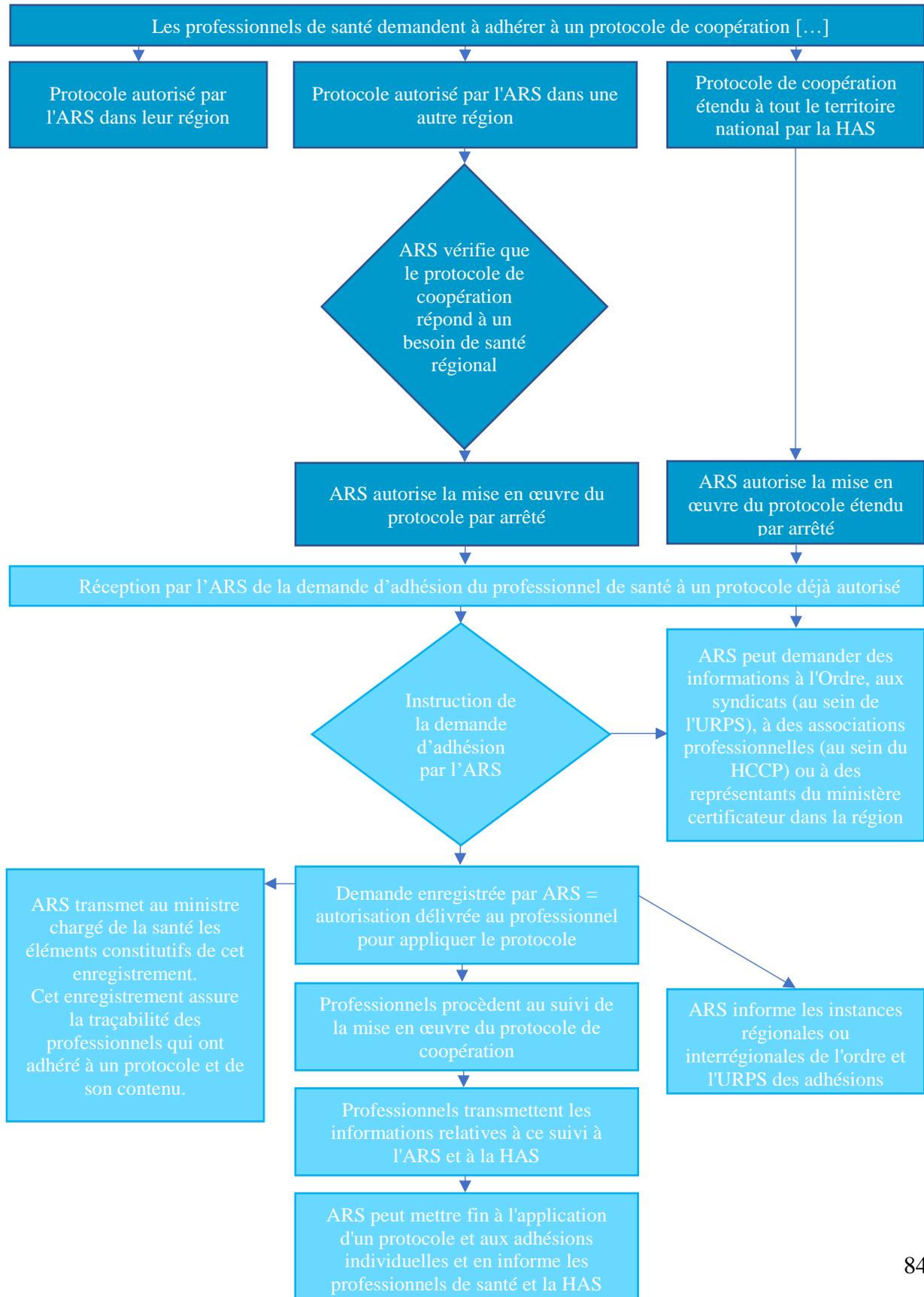
110. URPS, Unions Régionales des Professionnels de santé, Pharmaciens Pays-de-la-Loire / Bretagne. Les communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) [Internet]. [cité 24 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.boite-outils.fr/content/pays-de-loire-2/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts-20>
111. Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires. Journal officiel de la République Française.
112. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Primary Health Care. 1978.
113. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?, Learning together to work together : Interprofessional education, a myth or reality ? Recherche en soins infirmiers. 2011;(106):40-6.
114. Gachoud D, Gallant S, Lucarelli L, Oberhauser N, Allin-Pfister A-C, Groupe interinstitutionnel d'éducation et pratique interprofessionnelles. Éducation interprofessionnelle et pratique collaborative: le modèle de Lausanne. 2017.
115. Buelow JR, McAdams R, Adams A, Rich LE. Interdisciplinary Teamwork: Student Differences and Teaching Implications. American Journal of Health Sciences. 2010;1(1).
116. Smeets H. W. H., Moser A. & Pitt R. Preparing facilitators for Interprofessional Education. Toolkit for faculty development. Heerlen: Zuyd University of Applied Sciences; 2017.
117. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, et al. Interprofessional Education: Definitions, Student Competencies, and Guidelines for Implementation. Am J Pharm Educ [Internet]. 10 juill 2009 [cité 10 juin 2018];73(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720355/>
118. Gouvernement. Grande Conférence de Santé - Feuille de route [Internet]. 2016. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11\\_02\\_2016\\_grande\\_conference\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/11_02_2016_grande_conference_de_la_sante_-_feuille_de_route.pdf)
119. Françoise W. Les objectifs en formation. 2012;
120. Vanderbilt University. Bloom's Taxonomy [Internet]. Vanderbilt University. 2010 [cité 20 août 2018]. Disponible sur: <https://wp0.vanderbilt.edu/cft/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>
121. Zuyd Hogeschool. Interprofessional competence model and interprofessional building blocks [Internet]. [cité 17 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie/onderwijs-en-professionalisering/~/\\_media/Files/Onderzoek/Kenniskring%20Autonomie%20en%20participatie%20van%20chronisch%20zieken/Background%20paper%20IPOS%20building%20blocks.pdf](https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/autonomie-en-participatie/onderwijs-en-professionalisering/~/_media/Files/Onderzoek/Kenniskring%20Autonomie%20en%20participatie%20van%20chronisch%20zieken/Background%20paper%20IPOS%20building%20blocks.pdf)

122. Thistlethwaite J, Moran M, on behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Learning outcomes for interprofessional education (IPE): Literature review and synthesis. *Journal of Interprofessional Care*. sept 2010;24(5):503-13.
123. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative. [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: [https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97\\_2](https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf?sfvrsn=77937f97_2)
124. Ordre des ingénieurs du Québec. Qu'est-ce que l'éthique ? [Internet]. 2011 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: [http://gpp.oiq.qc.ca/qu\\_est-ce\\_que\\_1\\_ethique.htm](http://gpp.oiq.qc.ca/qu_est-ce_que_1_ethique.htm)
125. Reeves S, Goldman J, Sawatzky-Girling B, Burton A. Knowledge Transfer & Exchange in Interprofessional Education: Synthesizing the Evidence to Foster Evidence-based Decision-making [Internet]. Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2008 [cité 27 août 2018]. Disponible sur: [http://www.cihc.ca/files/publications/The\\_Evidence\\_For\\_IPE\\_July2008.pdf](http://www.cihc.ca/files/publications/The_Evidence_For_IPE_July2008.pdf)
126. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [Internet]. [cité 18 juin 2018]. Disponible sur: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetenciesShort-FrR\\_Sep10.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetenciesShort-FrR_Sep10.pdf)
127. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. *Journal officiel de la République Française*.
128. CNOP, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Dossier médical partagé : le décret est enfin publié - La lettre 71 [Internet]. 2016 [cité 30 juill 2018]. Disponible sur: <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-71/Dossier-medical-partage-le-decret-est-enfin-publie>
129. CNOP, Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Le dossier pharmaceutique. nov 2017 [cité 28 août 2018]; Les cahiers de l'Ordre National des Pharmaciens(12). Disponible sur: [http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/366448/1785503/version/2/file/Cahier+th%C3%A9matique12\\_DP\\_pap\\_interactif.pdf](http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/366448/1785503/version/2/file/Cahier+th%C3%A9matique12_DP_pap_interactif.pdf)
130. RIFSSSO, Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario. La collaboration interprofessionnelle [Internet]. 2015 [cité 2 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.rifssso.ca/blog/2015/03/26/la-collaboration-interprofessionnelle-modules-dinformation/>
131. Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, Learning together for working together Interprofessionalism in simulation training for collaborative skills development. *Recherche en soins infirmiers*. 10 juill 2014;(117):33-49.
132. Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. *Health Serv Res*. août 2006;41(4 Pt 2):1576-98.

133. Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. *Exercer, la revue francophone de médecine générale*. 2015;26(118).
134. Girard G, Clavet D, Boulé R. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage. *Pédagogie Médicale*. août 2005;6(3):178-85.
135. Piraux A. L'enseignement de la coopération interprofessionnelle en santé [Thèse de doctorat : Pharmacie]. [Angers : Université d'Angers]: Faculté de Santé, Université d'Angers; 2017.
136. Parent F. *Penser la formation des professionnels de la santé une perspective intégrative*. Bruxelles: De Boeck; 2013.
137. Ministère des solidarités et de la santé. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2018 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
138. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Etudes de santé : un service sanitaire de trois mois dès la rentrée 2018 [Internet]. 2018 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: [//m.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid126995/etudes-de-sante-un-service-sanitaire-de-trois-mois-des-la-rentree-2018.html](http://m.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid126995/etudes-de-sante-un-service-sanitaire-de-trois-mois-des-la-rentree-2018.html)
139. Préparerlecrpe.com. L'évaluation [Internet]. Disponible sur: <https://preparerlecrpe.files.wordpress.com/2015/09/didactique-franc3a7ais-fiche-8-lc3a9valuation.pdf>
140. Gerard, F.-M. (2003). L'évaluation de l'efficacité d'une formation, *Gestion* 2000, Vol. 20, n°3, 13-33.
141. Perron NJ, Perone N, Kruseman M, Bischoff A. Interprofessional training: a key component of integrated care. *Rev Med Suisse*. 24 sept 2008;4(172):2030-3.
142. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Interprofessional education*. 2009;24.
143. Reeves S, Boet S, Zierle B, Kitto S. Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*. :2015.

# Annexes

## 1. Adhésion à un protocoles de coopération autorisé



## 2. L'accord conventionnel interprofessionnel

### a. Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
Socle prérequis	Horaires d'ouverture et soins non programmés (obligatoire)	<p>1. <u>Amplitude des horaires d'ouverture</u> La structure doit être ouverte de 8 heures à 20 heures* en semaine et le samedi matin de 8h à 12h* et pendant les congés scolaires : ouverture de la structure sur l'amplitude horaire sans nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire.</p> <p>La structure bénéficie d'une rémunération minorée dans les conditions définies à l'article 5.1 si les plages horaires d'ouverture sont d'une amplitude comprise entre 8h et 12h en semaine ou si la structure est fermée le samedi matin.</p> <p>* Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ambulatoire et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie inscrite dans le contrat</p>
		<p>2. <u>Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré :</u> Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des différents professionnels de santé pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique)</li> <li>- Possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel, journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure ...</li> </ul>

Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et/ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure	Présence parmi les associés de la structure ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales, hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) ou pharmacien(s) d'officine <b>ou</b> de 3 professions paramédicales différentes (niveau 1) <b>et</b> de 3 professions paramédicales différentes (niveau 2) Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4 <sup>ème</sup> partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sagefemme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure	Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générales) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne : 2 jours par mois (niveau 1) 2.5 jours par semaine (niveau 2)
Optionnel	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)	Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin CSTM [...]
Optionnel	Missions de santé publique	Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS)
Optionnel	Satisfaction des patients	Mise en place, en collaboration, si possible avec des représentants des patients, d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure (sur les modalités d'accueil, de contacts avec la structure, etc...) avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place d'un questionnaire,</li> <li>- La mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échange),</li> <li>- Et le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure.</li> </ul>

*b. Les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination*

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Socle prérequis	Fonction de coordination	<p>La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction. La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Animation de la coordination interprofessionnelle</li> <li>- Coordination des parcours et des dossiers patients,</li> <li>- Suivi de l'utilisation du système d'information et organisation du travail de production des données de santé</li> <li>- Relations avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé...) ou collectivités.</li> </ul>
Socle	Protocoles pluriprofessionnels	Elaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé [...]
Socle	Concertations pluri professionnels	Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients [...]. Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre. Un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et aliment le dossier médical partagé. Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5% des patients médecins traitants présentation une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.
Optionnel	Formation des jeunes professionnels	La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an quelle que soit la profession de santé et selon les modalités propres à chaque profession.

Optionnel	Coordination externe	<p>La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmissions des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels de santé extérieurs à la structure</li> <li>- Les services et établissement sanitaires, en cas d'hospitalisation</li> <li>- Les structures et services médico-sociaux</li> <li>- Les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable)</li> </ul> <p>Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.</p>
-----------	----------------------	--

*c. Les indicateurs relatifs au système d'information*

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
Socle prérequis	Système d'information niveau standard	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.</p> <p>Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.</p>
Optionnel	Système d'information niveau avancé	La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau avancé par l'ASIP Santé [...]

### 3. Exemple de jeu de rôle de l'UE Compétences Partagées de l'Université de Nantes

#### a. Le scénario

Situation : « Madame M. 35 ans sans antécédent particulier se rend à la pharmacie car hier matin elle est allée s'occuper du chat de sa voisine absente et ce dernier l'a mordue profondément au poignet droit en regard de l'articulation. Elle a bien désinfecté la plaie mais le lendemain en début d'après-midi elle trouve sa plaie sensible et un peu inflammatoire : elle vous demande conseil et vous a apporté son carnet de vaccinations : un REVAXIS® a été réalisé il y a 4 ans. Quelle est la conduite à tenir ? »

Position du pharmacien attendue : « Le pharmacien appelle le médecin traitant de la patiente car la plaie est profonde et en regard de l'articulation. Il confirmera au médecin que la patiente a son carnet de vaccination et qu'elle est bien immunisée contre le tétanos ; il conseillera à la patiente de le montrer au médecin. »

Position du médecin attendue : « Le médecin reçoit rapidement la patiente pour la mettre sous antibiotiques et reconstrôler la vaccination antitétanique. Il explique à la patiente pourquoi il est utile de la mettre sous antibiotiques. Elle n'a pas d'allergie aux Pénicillines. L'ordonnance sera : Amoxicilline/Acide Clavulanique 3 grammes par jour pendant 10 jours. Alternative si allergie : Doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 10 jours. »

#### b. Eléments pour permettre la mise en scène

Scénario donné à la patiente : « Vous avez 35 ans et aucun antécédent particulier. Hier matin, vous avez été mordue par le chat de votre voisine dont vous vous occupez pendant son absence. Ce chat vous a mordu profondément au poignet droit et le lendemain, en début d'après-midi, vous ressentez des douleurs au niveau de la morsure et les plaies rougissent. Vous aviez pourtant bien désinfecté la morsure. Vous vous rendez donc chez votre pharmacien pour avoir ses conseils et vous avez pensé à apporter au pharmacien votre carnet de vaccination. Votre dernier REVAXIS® remonte à 4 ans et vous n'avez aucune allergie. »

Scénario donné au pharmacien : « *Madame M. 35 ans sans antécédent particulier se rend à la pharmacie car hier matin elle est allée s'occuper du chat de sa voisine absente et ce dernier l'a mordue profondément au poignet droit en regard de l'articulation. Elle a bien désinfecté la plaie mais le lendemain en début d'après-midi elle trouve sa plaie sensible et un peu inflammatoire : elle vous demande conseil et vous a apporté son carnet de vaccinations : un REVAXIS® a été réalisé il y a 4 ans. Quelle est la conduite à tenir ? Appelez-vous le médecin de Madame M. ?* »

Scénario donné au médecin : « *Vous recevez un appel du pharmacien de votre patiente Madame M. 35 ans sans antécédent particulier qui s'est rendue à la pharmacie car hier matin elle est allée s'occuper du chat de sa voisine absente et ce dernier l'a mordue profondément au poignet droit en regard de l'articulation. Elle a bien désinfecté la plaie mais le lendemain en début d'après-midi elle trouve sa plaie sensible et un peu inflammatoire. La patiente a apporté le carnet de vaccinations à jour. Elle n'a pas d'allergie connue.* »

#### 4. RDV avec M. Philippe GRANDON, pharmacien (MC44)

Quel est le rôle du réseau MC44 ?

*« Le rôle du réseau MC44 est d'assurer une continuité du parcours de soin du patient. Initialement, ce rôle était pris en charge par trois structures différentes : le réseau asthme issu de l'école d'asthme hospitalière, le réseau diabète, le réseau Respecticoeur soutenue par les ARS. L'ARS a demandé qu'ils fusionnent afin d'avoir un organisme commun qui est MC44. Aujourd'hui, son rôle est d'effectuer de l'éducation thérapeutique qui permet d'amener des patients complexes à être mieux suivis et d'avoir un parcours de soin facilité, essentiellement quand les malades sont atteints de polypathologies. »*

Et quel est votre rôle dans ce réseau ?

*« J'ai commencé à être éducateur thérapeutique dans l'asthme il y a 12 ans, je faisais partie de l'équipe du réseau asthme et maintenant j'interviens également au niveau du réseau diabète. »*

Comment cela se déroule ? Comment les séances sont-elles programmées ? Comment les patients sont-ils recrutés ?

*« Je vais parler essentiellement du réseau asthme et diabète que je connais le mieux. Tout professionnel de santé peut proposer au patient un suivi par le réseau mais la prépondérance du médecin fait que, normalement on ne peut pas intégrer le réseau sans un accord de son médecin traitant. Les personnes participent ensuite à une session d'ETP (organisée en plusieurs séances) et donc on se regroupe pour faire de l'éducation thérapeutique collective.*

*Peu de pharmaciens font partie de cette structure mais globalement il y en a peu qui sont éducateurs thérapeutiques. En soit les gens font peu d'ETP, ils en font soit à la faculté soit en formation, mais ne la mettent pas en pratique et ne sont pas inclus dans une structure d'éducation thérapeutique. J'invite tous les pharmaciens à rentrer dans MC44 et à devenir acteur parce que c'est en le faisant qu'on apprend. »*

Quels sont vos interlocuteurs institutionnels autres que l'ARS ?

*« Ce sont des gens principalement issus de milieu hospitalier et qui refusent tous financement extérieur. Il y a eu une dizaine, une vingtaine d'année, l'éducation thérapeutique a commencé à se mettre en place et elle est née au niveau hospitalier et ils ont décidé de l'ouvrir à la ville. C'est le cas de l'école de l'asthme qui est passé en réseau asthme. C'est à ce moment-là que tous les professionnels étaient appelés pour faire de l'interprofessionnalité, pour s'ouvrir à tous les patients et au plus proche du patient. Ce n'est toujours pas fait car on manque encore de financement. Au niveau local l'interprofessionnalité n'existe pas réellement car on ne lui donne pas les moyens, ce qui fait que c'est très professionnel différent.*

*En général, la plupart des pharmaciens attendent. Ils disent que ça ne les concerne pas car ce n'est pas leur domaine. Les pharmaciens en milieu rural ont plus de liens avec les médecins car les professionnels sont plus proches. »*

[...], en 2002, c'est l'ascension des réseaux !

*« Il faut questionner les ARS. Nous ne sommes plus totalement dans cette option-là. Les réseaux, c'était pour dire il y a 10 ou 20 ans comment développer l'éducation thérapeutique. C'est un droit pour les patients inscrit dans la loi mais qui n'était pas mis en place. Après, ils se sont aperçus que financièrement ces réseaux ne tenaient pas, et ça coûtait trop cher. Le but actuellement c'est que ça se fasse avec les maisons de santé et l'argent nécessaire pour l'ETP, passe dans les honoraires liés aux MSP, ce qui représente un investissement important. On a un blocage entre la volonté politique et l'existence des réseaux. C'est pour cela que MC44 a une définition floue. Ils ne veulent plus maintenant qu'on soit une structure de second recours. Il y a les acteurs de terrain, pharmaciens, médecins, chargés de l'ETP et puis quand il y a un niveau plus complexe d'activité, on fait appel aux réseaux qui doivent prendre en charge de façon plus approfondie. Voilà où se situe MC44. La volonté politique veut moins d'accès direct au réseau, elle veut une structure d'appui aux soins de premier recours. »*

Quels sont les freins ou les limites qui empêchent l'inclusion des patients au réseau ?

*« Un, la méconnaissance de ces réseaux, il y a une affaire de communication. Deux, il y a une réticence médicale car il y a une peur qu'on détourne la patientèle et/ou qu'on critique leur travail, ce qui n'est pas le but. On est là pour les aider ; l'éducation c'est mettre le patient au centre des soins. Ensuite, c'est le manque d'acteurs et notamment de pharmaciens. Faire de l'ETP, c'est intégrer les réseaux. Ça veut dire sortir de sa pharmacie, c'est la seule vraie méthode d'apprentissage, et du coup on intègre vraiment la structure avec d'autres éducateurs thérapeutiques qui peuvent être des masseurs-kinésithérapeutes, des diététiciens, des médecins généralistes ou spécialistes et on entretient des rapports avec d'autres professions et c'est à ce moment-là que s'exerce la vraie interprofessionnalité. Mais si on ne sort pas de la pharmacie, on ne peut pas intégrer ces choses-là ! »*

*L'autre frein énorme c'est le temps. Il y a le temps et l'argent. Il n'a pas été formalisé un temps de rencontre entre les acteurs de premiers recours sur un secteur donné. Il devrait être financé par l'Assurance Maladie car vous ne déplacerez pas un médecin vers une structure sans être rémunéré (temps de soins). C'est considéré comme un temps de travail. Le seul temps prévu pour ça, c'est dans les maisons de santé où il y a les rémunérations. Il faut déjà monter la structure avec la lourdeur administrative qu'on connaît. Au niveau local, il devrait y avoir des temps de concertation prévus. »*

Que pensez-vous de l'importance de parler de l'interprofessionnalité et de l'éducation thérapeutique dans notre formation ?

*« Je ne suis pas sûr qu'il y ait un manque de formation. C'est la pratique encore une fois qui manque. Les 40 heures sont indispensables mais il y a un manque de réseau et de structures qui font qu'il y a un manque de pratique.*

*En ce moment dans le réseau, il y a un souci de recrutement des patients. Pourtant concernant le diabète, combien dans les officines, de patients auraient besoin de cet ETP et ils en ont le droit. Chacun fait son bout de chemin, l'hôpital le fait très bien mais derrière on ne sait pas ce qu'ils ont comme pathologie ou traitements et on ne leur dit pas ensuite qu'ils peuvent avoir un souci, et trouver un accompagnement chez leur pharmacien par exemple. Comme ils n'en parlent pas, les gens ne viennent pas au réseau diabète, il n'y a donc pas cette transmission de l'hôpital à la ville. Donc localement, on recrute peu de patients.*

*De plus, des pharmaciens peuvent le proposer aux patients, mais peu le font car ils pensent que c'est le rôle du médecin or il faut être moins prudent que ça. Il faut sortir de la pharmacie pour entrer dans les réseaux. S'il y a plus de pharmaciens dans le réseau, si on voit que les pharmaciens sont intéressés et encore une fois, si les pharmaciens ne prennent pas leur place, d'autres le feront. Il faut qu'on soit acteur et qu'on se bouge. Mais c'est compliqué les réseaux de santé, il faut les intégrer pour les faire gonfler pour que dans tous les villages de Loire-Atlantique il y ait un pharmacien qui nous amène des patients et qu'ils puissent y avoir des séances d'ETP en dehors de Nantes pour plus de proximité et développer cette interprofessionnalité. Personnellement, cela m'a permis d'avoir des bons contacts avec des médecins. »*

## 5. RDV avec M Vincent NADEAU, pharmacien (Pôle de Santé Anjou Ouest)

Depuis combien de temps existe le Pôle de Santé Ouest Anjou ?

*« Le Pôle de Santé Ouest Anjou existe depuis 2010 – 2011. Le projet immobilier s'est terminé fin 2014 en même temps que la pharmacie et les médecins et les paramédicaux ont emménagé début 2015. La SISA est créé depuis 2015. »*

Comment se passe le travail en MSP ?

*« Il existe un conseil d'administration pour la SISA. Il existe aussi un comité de gestion qui se réunit six fois par an, avant les plénières. Nous avons six soirées plénières par an. Entre temps, nous avons des réunions de concertations pluriprofessionnelles environ toutes les six semaines sur les résumés des caractéristiques du produit (RCP) ou sur des cas cliniques. Il y a aussi des réunions sur les différents projets comme les protocoles, avec soit des réunions de révisions, soit des réunions de mise en place »*

Vous m'avez parlé d'un protocole AVK.

*« Le protocole AVK cadre la prescription, la délivrance et le suivi des AVK. Je l'ai mis en place avec une infirmière ; il a fallu 3-4 mois pour le créer. On a participé à des ateliers d'écritures organisés par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS). Dans le protocole AVK, l'entretien pharmaceutique est intégré ; c'est une opportunité pour le faire ! On a aussi un protocole MYOSOTIS (dépistage des troubles de la mémoire), un protocole diabète, un dossier de soins à domicile, une action qui s'appelle Livrez-moi pour initier et sensibiliser à la lecture faite par les orthophonistes et les sages-femmes, etc. Parallèlement on a deux programmes d'ETP, un de prévention de surpoids de l'enfant et un sur les lombalgies »*

Comment se passe la mise en place des protocoles ?

*« Il est désigné des rédacteurs. Ensuite, il y a les réunions pluriprofessionnelles pour présenter le protocole et il est validé par le comité de gestion puis présenté et validé en plénière. »*

Quelles est la plus grande difficulté dans la mise en place des protocoles ?

*« C'est l'application. Par exemple, dans le protocole AVK, on a décidé d'ordonnances standards. Il faut que le médecin intègre ça dans son logiciel et c'est compliqué. Il faut que ça passe sans effort supplémentaire pour l'équipe. »*

Qu'est ce qui a le plus changé pour vous et votre équipe de travailler en MSP ?

*« Ça a changé complètement notre pratique. Premièrement, on met un visage sur un nom, ce qui est déjà pas mal. Deuxièmement, on se parle et ça fluidifie les dialogues et les rapports. Les adjoints sont aussi intégrés dans la MSP, sans être membres de la SISA. À côté de la SISA, il y a une association régie 1901 où tout le monde est intégré comme le psychologue l'ostéopathe, les intervenants extérieurs, etc. »*

Combien de temps pour mettre en place la MSP ?

*« On avait depuis 2003 un projet de travail en commun avec un bâtiment. Les plans avaient été commencés mais des péripéties ont retardé le projet. Un des médecins a posé un ultimatum, le projet a alors avancé. Il a quand même mis 10 ans pour aboutir. Le projet immobilier a été compliqué car on n'a pas les mêmes fonctionnements. La communauté de commune est propriétaire du bâtiment et j'ai pris en charge la pharmacie. »*

Quel est le lien de la MSP avec l'ARS ?

*« L'ARS valide les projets d'ETP. On travaille aussi avec la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) Nutrition qui est un programme transversal entre l'hôpital et la ville sur le suivi du surpoids. »*

Est-ce que les patients voient la différence dans leur prise en charge ?

*« On a fait plusieurs réunions publiques après le projet immobilier pour expliquer le concept et leur faire comprendre qu'il y a un vrai réseau derrière. On a expliqué aussi auprès des élus. Il faut savoir que dans la MSP, il y a 3 sites : Bécon-les-Granits, Louroux-Béconnais avec des IDE, la pharmacie, des kinésithérapeutes et des orthophonistes et à la Pouëze avec des IDE, des kinésithérapeutes et des orthophonistes. »*

Quels sont les professionnels avec lesquels vous travaillez le plus ?

*« On travaille le plus avec les médecins et les IDE ; les kinésithérapeutes aussi lors des séances d'ETP de lombalgies. Puis on travaille avec tout le monde lors des comités de gestion avec tous les représentants. »*

Effectuez-vous les séances d'ETP ?

*« Moi oui. Les adjoints n'ont pas tous les 40 heures de formation. Maintenant, tous les intervenants d'une séance d'ETP doivent avoir 40 heures. Ça pose des problèmes de budget car la formation est onéreuse. Au sein du pôle de santé, on a organisé deux sessions de 40 heures et là on va en faire une autre. »*

Si vous devez conseiller à un pharmacien d'intégrer une MSP, qu'est-ce que vous lui dites ?

*« Il faut foncer, ne pas avoir peur et il faut surtout communiquer. Si on intègre ça, la pharmacie deviendra le pôle central ; on deviendra alors facilitateur pour tout le monde et on se fera respecter en tant que professionnel de santé. En plus, on a une démarche qualité dans notre pratique que les autres professionnels n'ont pas et ça nous apporte une légitimité supplémentaire. »*

Qui est le coordinateur de la MSP ?

*« C'est une des orthophonistes. C'est bien que ce soit quelqu'un de la MSP. Après faut-il dégager du temps professionnel pour pouvoir assumer ce rôle. »*

Quel est l'avis des futurs professionnels de santé sur les MSP ?

*« Ça donne envie aux jeunes de travailler en pluriprofessionnalité. Les professionnels de santé accueillent des stagiaires ou des internes. Par exemple, une interne en médecine générale est venue pendant quelques jours à la pharmacie. Un autre exemple, la dernière fois que j'ai eu un stagiaire de sixième année, il a passé une journée chez le médecin généraliste. Le problème c'est qu'il y a trop peu de MSP pour avoir suffisamment de terrain de stage et encore moins avec des pharmaciens. »*

6. RDV avec M. Philippe BRETONNIERE, médecin généraliste et Mme Carine RENAUX, infirmière libérale (Pôle Santé Savenay)

Comment s'est passée la création du Pôle Santé ?

*Philippe Bretonnière : « On est installé depuis 8 ans mais la réflexion a commencé dès 2005. C'est parti au départ des médecins. On était 4 médecins en exercice individuel et ça commençait à nous poser des problèmes car on avait du mal à faire face. On est parti au départ sur un projet privé puis l'hôpital local s'est montré intéressé pour devenir partenaire. Il avait besoin de maintenir un nombre de médecin important voir même d'en avoir plus. Assez vite, on s'est rendu compte qu'il fallait associer d'autres professionnels pour que ça fonctionne : les infirmières, les podologues, les diététiciens. »*

Initialement c'était seulement pour un projet immobilier ou il y avait l'idée d'un projet de santé ?

*PB : « C'était pour un projet de santé. Au départ, le projet s'est limité aux personnes qui étaient impliquées dans la structure. Le projet architectural est porté par l'hôpital donc le bâtiment lui appartient. On s'est alors plus investi dans ce qui était nouveau pour nous, qui est le projet de santé. On s'est fait accompagner même s'il y avait peu de personnes à ce moment-là qui était en capacité d'accompagner. On s'est installé en 2010 à cinq généralistes, un angiologue, quatre IDE, un podologue et une diététicienne. Par la force des choses, on s'est agrandi. Aujourd'hui, il y a deux généralistes supplémentaires, deux collaborateurs et une psychologue. Ça fait une équipe de 17 personnes. »*

Aujourd'hui quels sont les grands axes du projet de santé ?

*Carine Renaux : « Initialement, il était en rapport avec le PRS qui était « Bien être, bien vivre, bien vieillir ». Le PRS est en train de changer. Notre projet de santé n'a pas encore évolué, c'est une chose à faire. Certaines actions découlaient de ce projet, d'autres émanaient d'une idée ou d'un besoin. Ce qui nous a fédéré au départ, c'est l'éducation thérapeutique. Nous avons un programme déposé et validé par l'ARS qui s'adresse à tous les patients présentant un risque cardio-vasculaire.*

*On a fait de la prévention aux addictions comme le tabac et l'alcool. Une de nos actions a été de proposer des réunions collectives d'aide au sevrage tabagique. Le recrutement s'est fait en consultation par les différents professionnels pour les patients en questionnement par rapport à un sevrage ou à leur consommation. Une tabacologue est venue nous accompagner et a coanimé ces séances. »*

Combien de personnes étaient présentes aux séances ?

*CR : « Sur le recrutement, j'avais neuf ou dix personnes intéressées. A la première séance, ils étaient cinq ou six. Il y avait des motifs comme le fait qu'ils n'étaient pas libres. Pourtant, on a essayé de faire les séances en soirée. La deuxième séance, ils étaient sept, une où ils étaient quatre et une où ils étaient deux. En même temps, ils étaient très contents. Ça peut être très démotivant pour les professionnels qui participent. Il y a eu des intervenants différents en fonction des séances : une tabacologue, un médecin généraliste, la diététicienne et la psychologue. Le but est de le faire en pluriprofessionnalité pour utiliser les compétences de chacun. Les séances duraient en théorie une heure et demie, le plus souvent deux heures. »*

*Comme autre exemple, on a préparé un projet de dépistage de la fragilité des personnes âgées avec une ambition très forte. Mais finalement, les professionnels ne se sont pas appropriés le protocole, trop complexe. En fait, notre proximité avec l'hôpital a fait qu'on a pu revoir comment ensemble on pouvait utiliser les compétences de chacun et s'articuler pour faire quelque chose d'utile pour tout le monde. On organisera donc avec l'hôpital une consultation gériatrique avec un projet d'hospitalisation à temps partiel dans un futur proche. Dans ce programme, on a notre rôle de première alerte, en remplissant un questionnaire pour permettre d'orienter les patients. »*

Mis à part le projet immobilier et le projet dont on vient de parler, quel est le lien du Pôle de Santé avec l'hôpital ?

*PB : « On est régie ici par un Groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit public donc l'hôpital est partenaire pour le tiers des voix du GCS. Le deuxième collège sont les médecins, le troisième les paramédicaux. L'hôpital connaît nos décisions et participe à toutes les assemblées générales. »*

CR : « Après avec l'hôpital, il est parfois difficile d'avoir des interlocuteurs. Pour ce qui est des pharmaciens libéraux, ils ne sont pas intégrés dans le pôle santé mais participent à des réunions d'informations et relaient nos campagnes. Il y a deux ans, on a fait une information plaie et cicatrisation ou encore une information sur les perfusions. »

Quels sont vos contacts avec l'ARS ?

CR : « A l'époque, le projet de santé n'était pas validé par les Comités d'accompagnement territorial des soins de premier recours (CATS) car ça n'existait pas. On a eu un accompagnement par le délégué territorial. C'était le début, tout le monde tâtonnait. Même au niveau financier, ce n'était pas ce qui se fait aujourd'hui. Nous les avons en interlocuteur pour l'ETP et lors des appels à projets. L'assurance maladie a mis en place un accompagnement aussi, ils ont d'autres données et d'autres choses à apporter sur les statistiques et ça peut nous aider pour certains projets. »

Comment se passe la coopération au quotidien ?

PB : « Ça dépend des moments. C'est surtout compliqué de concilier l'exercice individuel avec l'exercice pluriprofessionnel et donc l'intérêt individuel et collectif. C'est quelque chose auquel on n'a pas été formé. »

CR : « On ne l'avait pas imaginé, on ne s'était pas projeté. »

PB : « Ce n'est pas un long fleuve tranquille. Tout le monde y reste attaché mais dans des dimensions différentes. »

CR : « La MSP, ce ne sont pas des murs, c'est surtout une équipe. On y a quand même gagné en efficacité grâce aux circuits courts. »

Initialement, quel était votre argument pour entrer dans une MSP ?

CR : « Au départ, on n'avait pas conscience exactement dans quoi on s'impliquait. Dans notre projet de santé, on a écrit qu'il y avait au départ un risque de désert médical, c'était le moteur. Après, on s'est tous pris au jeu et on s'est investi. »

Quelle est la formation que vous avez suivie en tant que coordinatrice ?

*CR : « J'ai fait un DU ETP il y a 5 ans et il y a 3 ans, l'ARS a financé une formation d'animateur de regroupement pluriprofessionnel conduite par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) que j'ai suivie. Et je suis maintenant formatrice à l'EHESP. Cette formation est perfectible. L'APMSL apporte un complément d'informations avec des outils. Après, on essaye aussi de se former ensemble sur certains thèmes comme sur la vaccination pour qu'on puisse véhiculer le même message. »*

Vous regrettez qu'il n'y ait pas eu ces notions dans vos formations initiales ?

*PB : « Pas des regrets car ça n'existait pas. On se sent un peu désarmé. On se met surement dans des travers qu'on aurait pu éviter si on avait été mieux préparé à ça. Cela n'est pas naturel. »*

*CR : « Il y a des facultés de santé qui se forment. C'est un choix de leur part puis ça permet de faire de la recherche en pluriprofessionnel. »*

*PB : « Le côté transversal n'a jamais été évoqué. C'était très pyramidal comme organisation, on a tous été formé à l'hôpital. »*

*CR : « Il faudrait dès la première année de formation semer des petites graines pour dire qu'il faut qu'on travaille tous ensemble. On va mettre un moment à faire des cours entre les professionnels médicaux et paramédicaux. »*

**Vu, le Président du jury,**

Virginie FERRE

**Vu, le Directeur de thèse,**

Aude VEYRAC

**Vu, le Directeur de l'UFR,**

Gaël GRIMANDI

**Nom – Prénoms :** ANGIBAUD Morgane Mélina Sandrine

**Titre de la thèse :**

La coopération interprofessionnelle : son intérêt et sa mise en œuvre

---

**Résumé de la thèse :**

Aujourd'hui, dans le monde de la santé, l'interprofessionnalité est un sujet incontournable. Les formes de coopération telles que les réseaux, les protocoles de coopération et particulièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles prennent de plus en plus de place dans l'offre de soin et permettent d'améliorer la prise en charge des patients. Seulement, tous les professionnels de santé ne sont pas prêts à cette nouvelle forme de travail et doivent l'apprendre. C'est là que l'éducation interprofessionnelle prend pleinement sa place.

---

**MOTS CLÉS :**

INTERPROFESSIONNALITÉ, COOPÉRATION, ÉDUCATION, RESEAUX DE SANTÉ, MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE, PROTOCOLE DE COOPÉRATION

---

**JURY**

**PRÉSIDENT :** Mme Virginie FERRÉ, Pharmacien PU-PH de Bactériologie  
Virologie

**ASSESEURS :** Mme Aude VEYRAC, Pharmacien MAST – Formation  
Pharmaceutique Continue  
Mme Véronique DEGOULET, Infirmière Diplômée d'État  
Mme Catherine LEVEQUE, Pharmacien d'officine

---

**Adresse de l'auteur :** 5 rue de Lorraine, 85000 La Roche sur Yon