

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 08 mars 2019  
Par M. Chiquet Pierre**

---

**L'opportunité d'intégrer une SISA :  
le pharmacien au centre d'un exercice  
pluriprofessionnel**

---

**Membres du jury :**

**Président :** DINE Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Lille

**Directeur de thèse :** GILLOT François, Expert Comptable et Maître de conférences, Faculté de Pharmacie de Lille

**Assesseur :** MORGENROTH Thomas, Maître de conférences en Droit et Economie Pharmaceutique, Faculté de Pharmacie de Lille

**Membre extérieur :** BECQUET Jacques, Pharmacien titulaire d'officine, Liévin (62800)



## Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



### Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Damien CUNY
Vice-présidente Formation :	Lynne FRANJIE
Vice-président Recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président Relations Internationales :	François-Olivier SEYS
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

### Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-Doyen et Assesseur à la Recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux Relations Internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur à la Vie de la Faculté et aux Relations avec le Monde Professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la Pédagogie :	Benjamin BERTIN
Assesseur à la Scolarité :	Christophe BOCHU
Responsable des Services :	Cyrille PORTA

### Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	ICPAL
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire

### Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Onco et Neurochimie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	ICPAL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	DEPREZ	Rebecca	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNE	Benoît	Bactériologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Onco et Neurochimie
M.	MILLET	Régis	ICPAL
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY	Anne Catherine	Législation
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Législation
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Lab. de Médicaments et Molécules

### Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

## Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mme	CHARTON	Julie	Lab. de Médicaments et Molécules
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
Mme	DUTOUT-AGOURIDAS	Laurence	Onco et Neurochimie
M.	EL BAKALI	Jamal	Onco et Neurochimie
M.	FARCE	Amaury	ICPAL
Mme	FLIPO	Marion	Lab. de Médicaments et Molécules
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	FURMAN	Christophe	ICPAL
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	ICPAL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Onco et Neurochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation
Mme	LELEU-CHAVAIN	Natascha	ICPAL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques

M.	MORGENROTH	Thomas	Législation
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RAVEZ	Séverine	Onco et Neurochimie
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Lab. de Médicaments et Molécules
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Onco et Neurochimie
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

### Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Hai Pascal	Lab. Médicaments et Molécules
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie Pharmaceutique

### Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie



## **Faculté de Pharmacie de Lille**

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## **Remerciements :**

### **A Monsieur le Professeur Thierry Dine, mon Président de thèse.**

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver dans ces lignes, l'expression de mon plus profond respect. Je garde un excellent souvenir de vos enseignements dispensés tout au long de mon cursus.

Trois autres personnes me font l'honneur de participer au jury de soutenance de cette thèse apportant la richesse et la variété de leurs points de vue disciplinaires.

### **A Monsieur François Gillot, mon Directeur de thèse,**

Merci d'avoir accepté de m'aider dans la rédaction de cette thèse, pour votre disponibilité malgré un emploi du temps très chargé, vos conseils et remarques constructives prodigués tout au long de ce travail.

Merci pour votre gentillesse. C'est toujours avec beaucoup d'intérêts que j'écoute vos conseils.

Au cours de mes études et lors du DU gestion d'officine, vous avez su me transmettre l'importance de la gestion pour un pharmacien titulaire d'officine.

### **A Monsieur Thomas Morgenroth,**

Je vous remercie d'avoir accepté spontanément de juger cette thèse, et vous en suis très reconnaissant. Merci pour vos enseignements et l'ouverture d'esprit que vous offrez aux étudiants en pharmacie.



### A Monsieur Jacques Becquet,

Après avoir réalisé l'ensemble de mes stages dans votre pharmacie, vous m'avez fait confiance et accepté en tant que pharmacien au sein de votre équipe ; je vous en remercie.

Vous m'avez donné envie de faire ce métier, et transmis toutes les clés nécessaires pour devenir un bon pharmacien. Vous exercez votre métier avec beaucoup de passion, et me l'avez pleinement transmise.

Vous m'avez également fait découvrir l'exercice coordonné avec la maison de santé de la Plaine de Liévin, source d'inspiration pour la rédaction de cette thèse.

Je vous remercie d'accepter aujourd'hui de faire partie du jury, il aurait été difficile pour moi de le concevoir autrement.

### A Sébastien Barbary,

Merci pour tes conseils qui m'ont été d'une aide précieuse, pour ta gentillesse et ta disponibilité, je t'en suis aujourd'hui très reconnaissant.

# Sommaire :

<b>Remerciements</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b> .....	<b>13</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>17</b>
<b>Partie I : Contexte et environnement : état des lieux des besoins en santé</b> .....	<b>19</b>
<b>I. Evolutions et transitions épidémiologiques</b> .....	<b>19</b>
I.A Vieillessement de la population et forte évolution de l'espérance de vie .....	19
I.A.1 Vieillessement de la population .....	19
I.A.2 Evolution de l'espérance de vie .....	21
I.B Pathologies chroniques : vers un changement du paradigme des soins .....	22
I.C Inégalités territoriales de santé et inégalités d'accès aux soins .....	27
<b>II. Evolutions du système de santé et nécessité de réorganiser les soins de premiers recours</b> .....	<b>28</b>
II.A Démographie soignante des soins de premiers recours .....	28
II.B Changement profond dans les choix et les aspirations des jeunes médecins .....	32
II.C Modalités de rémunération des professionnels de santé .....	33
<b>III. Evolution des missions et rôles du pharmacien d'officine</b> .....	<b>36</b>
<b>Partie II : L'exercice pluriprofessionnel : une réponse à ces enjeux ?</b> .....	<b>40</b>
<b>I. Une opportunité pour réorganiser les soins primaires avec un intérêt commun la prise en charge globale du patient : les équipes de soins primaires.</b> .....	<b>40</b>
I.A Définitions .....	40
I.B Cheminement du décloisonnement pour améliorer le parcours de soins .....	42
I.C Un dispositif de soins de premiers recours en mutation par un renforcement de l'exercice coordonné .....	45
I.D Un modèle inspiré des pays étrangers .....	46
I.E Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).....	47
I.E.1 Définitions : .....	47
I.E.2 Quantification des Maisons de Santé pluridisciplinaire (MSP) au plan régional et national : 50	
I.F Une volonté et une aide des pouvoirs publics et des politiques de santé .....	52
I.F.1 L'Agence régionale de Santé (ARS) .....	52
I.F.2 La Haute Autorité de Santé (HAS) .....	54
I.F.3 Le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie .....	56
I.G Répondre à une demande et à des objectifs en matière de santé publique .....	58
I.G.1 Garantir l'accessibilité aux soins et maintenir voir renforcer l'offre de soins sur le territoire .....	58
I.G.2 Parcours de soins simplifié et fluidifié du patient avec une prise en charge globale .....	60
I.G.3 Continuité des soins et contribution à la permanence des soins ambulatoires .....	61
I.G.4 Coopération entre les professionnels de santé et échanges interprofessionnels facilités .	62
I.G.5 Prise en charge des maladies chroniques et des situations de dépendance ou de handicap 62	
I.G.6 Développement d'approches préventives et de promotion de la santé .....	64
<b>II. Particularité juridique des équipes de soins primaires</b> .....	<b>66</b>
II.A Une insécurité juridique .....	66
II.B La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) .....	67
II.B.1 L'aspect juridique .....	69
II.B.2 L'analyse territoriale .....	70
II.B.3 Constitution d'une équipe professionnelle.....	72
II.B.4 Constitution d'un projet de santé .....	74
II.B.5 Projet immobilier et projet financier .....	75
II.B.6 Système d'information (objectif du système d'information et partage des informations) 77	

II.C	Les nouveaux modes de rémunération .....	78
II.C.1	Historique des nouveaux modes de rémunération .....	79
II.C.2	Prérequis pour l'éligibilité aux nouveaux modes de rémunération .....	79
II.C.3	Etapes pour la contractualisation .....	80
II.C.4	Présentation générale de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) .....	81
II.C.5	Les indicateurs du contrat .....	83
II.C.6	Fonctionnement du calcul des rémunérations .....	84
II.C.7	Utilisation de ces ACI .....	88
<b>Partie III : Les perspectives : une chance pour le pharmacien .....</b>		<b>90</b>
<b>I. Vision parcours de soins/patient .....</b>		<b>90</b>
I.A	Un intérêt croissant des pharmaciens pour la démarche de coopération (105) (106) .....	90
I.B	Des médecins généralistes favorables à l'intégration du pharmacien (108) .....	91
I.C	Des patients demandeurs .....	91
I.D	Des nouvelles missions pour une valeur ajoutée auprès des patients .....	92
I.E	Intégration des nouvelles missions du pharmacien dans un parcours de santé innovant .....	94
I.E.1	A l'étranger des expérimentations significatives (115) (116) (117) .....	94
I.E.2	Le pharmacien correspondant (118) (119) .....	95
I.E.3	Le pharmacien référent en EHPAD (120) (121) .....	96
I.F	Nouveaux projets de santé : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (122) .....	97
I.G	Intégration des nouvelles technologies .....	99
I.G.1	La Télémédecine (124) .....	99
I.G.2	Le Dossier Médical Partagé (DMP) (127) .....	100
I.G.3	La prescription électronique ou e-prescription .....	101
I.H	Création de nouveaux métiers .....	102
I.H.1	Les assistants médicaux (128) .....	102
I.H.2	Les coordinateurs de santé (129), (130) .....	103
I.H.3	Les infirmiers de pratique avancée (IPA) (132), (133), (134) .....	106
<b>II. Vision professionnelle et médico-économique .....</b>		<b>107</b>
II.A	Valorisation de la profession et plus forte implication du pharmacien .....	107
II.B	Répartition homogène sur le territoire français .....	108
II.C	Investir dans le premier recours : vecteur d'économies de santé (138), (139) .....	109
II.D	Se différencier des nouveaux concurrents (140) .....	110
<b>III. Limites : (141), (142), (143) .....</b>		<b>111</b>
III.A	Contraintes administratives et budgétaires .....	111
III.B	Changement des pratiques professionnelles .....	112
III.C	Dimension légale et assurances .....	113
III.D	Méconnaissance et ignorance des professionnels de santé .....	113
<b>Conclusion .....</b>		<b>115</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>117</b>

*« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat » Kofi Annan (7<sup>ème</sup> secrétaire générale de l'ONU, Prix Nobel de la paix)*

*« Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite » Henry Ford*

## **LISTE DES SIGLES :**

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

AERES : agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur

ALD : affection longue durée

AME : aide médicale de l'Etat

AOD : anticoagulants oraux directs

ARS : agence régionale de santé

ASIP santé : agence des systèmes d'information partagés en santé

AVC : accident vasculaire cérébral

AVK : anti vitamine K

BIC : bénéfiques industriels et commerciaux

BPM : bilan partagé de médication

BPCO : Broncho Pneumopathie Obstructive

CAIPE : Centre for the Advancement of Interprofessional Education

CDS : centre de santé

CdRSP : centre de ressources en soins primaires

CESP : contrat d'engagement de service public

CGI : code général des impôts

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CIS (Assurance Maladie) : Conseiller informatique services

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CQMP : cercles de qualité médecins-pharmaciens

CSP : Code de Santé Publique

CSTM : contrat type national de solidarité territoriale médecin

DAM : délégué de l'Assurance Maladie

DCGDR : direction de la coordination de la gestion du risque

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : dossier médical partagé

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EIM : effet indésirable médicamenteux

ENMR : expérimentation de nouveaux modes de rémunération

ESP : équipes de soins primaires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FFMPS : Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé

FIR : Fonds d'intervention régional

FSV : Fonds de Solidarité Vieillesse

GMF : groupe de médecins de famille (Québec)

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST (loi) : Hôpital Patients Santé Territoires

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie

IPA : infirmier en pratique avancé

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

LMSS : loi de modernisation de notre système de santé

MAD : Maintien à Domicile

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

NMR : Nouveaux modes de rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : première année commune aux études de santé

PAERPA : personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PAPS : Plates-formes d'appui aux professionnels de santé

PCMH : Patient-Centered Medical Home

PDA : Prescription des Doses à Administrer

PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale

PPS : plan personnalisé de santé

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

PRS : Projet Régional de Santé

PTS : pacte territoire santé

PTMG : Praticien territorial de médecine générale

RAP : référentiel d'analyse et de progression

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire

ROSP : Remise sur Objectif de Santé Publique

SCS : Structures Coordonnées de Soins

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires



## **Introduction**

L'accessibilité des soins constitue un élément essentiel de la performance du système de santé. En France, le dispositif des soins primaires ou « soins de premiers recours » est souvent considéré comme étant à bout de souffle. L'organisation actuelle s'appuie sur l'hôpital et la prise en charge des pathologies aiguës et non autour de la ville et des pathologies chroniques. **Ce système de santé possède des forces, mais s'est considérablement fragilisé ces dernières décennies.**

Il ne répond plus suffisamment aux attentes des pouvoirs publics et des professionnels de santé ; de plus, il n'est plus adapté aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population.

Les préoccupations sont en effet multiples et concernent autant l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la continuité des soins de premiers recours, que la prise en compte des attentes des professionnels de santé aspirant à une qualité d'exercice. Nos organisations de soins ne sont plus adaptées à l'évolution des pathologies plus complexes et plus chroniques qui nécessitent davantage de coordination. C'est dans ce contexte que **des structures coordonnées de soins (SCS) de type maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) se sont développées**, pour tenter d'apporter une réponse aux besoins de l'organisation des soins de proximité. Le regroupement dans ces structures a pour vocation première de **maintenir et de renforcer l'offre de soins** dans les espaces fragiles ou susceptibles de l'être, et s'inscrit dans un objectif d'aménagement du territoire et d'amélioration de l'accessibilité, de la permanence et de la qualité des soins de premier recours.

Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) sont expérimentées en France depuis 2007 et soutenues par les pouvoirs publics, en particulier depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST 2009) qui fait de leur création une priorité. De quelques dizaines en 2010, **le nombre de MSP a dépassé le millier en 2018.**

Ces maisons se trouvent placées au cœur de multiples enjeux : la continuité des soins, la lutte contre la désertification médicale, l'articulation entre le sanitaire et le social, la coopération entre les professionnels de santé, l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, la prise en charge de maladies chroniques et du handicap, le développement d'approches préventives ...

Quant au pharmacien, il est bien souvent à l'origine du montage du projet de la MSP. En effet, dans de nombreux cas, confronté aux multiples départs en retraite de médecins non remplacés, il se doit d'attirer de nouveaux prescripteurs afin de pérenniser son exercice en officine.

**Le pharmacien est un acteur privilégié du parcours de soins du patient** par son maillage territorial. Il trouve facilement sa place dans de nombreuses missions que lui confère la Maison de Santé (MSP), en coopérant avec les autres professionnels au sein des réseaux de santé et des établissements pour personnes âgées, en participant aux actions de santé publique, de prévention, de dépistage, également en jouant un rôle majeur dans les soins de premiers recours, en contribuant à un accompagnement personnalisé du patient avec l'Education Thérapeutique (ETP) et les bilans partagés de médication (BPM), mais aussi en proposant un suivi pharmaceutique grâce au dossier médical partagé (DMP).

# Partie I : Contexte et environnement : état des lieux des besoins en santé

## I. Evolutions et transitions épidémiologiques

### I.A Vieillessement de la population et forte évolution de l'espérance de vie

#### I.A.1 Vieillessement de la population

Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (scénario central de projection) (1)

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4*	+ 100

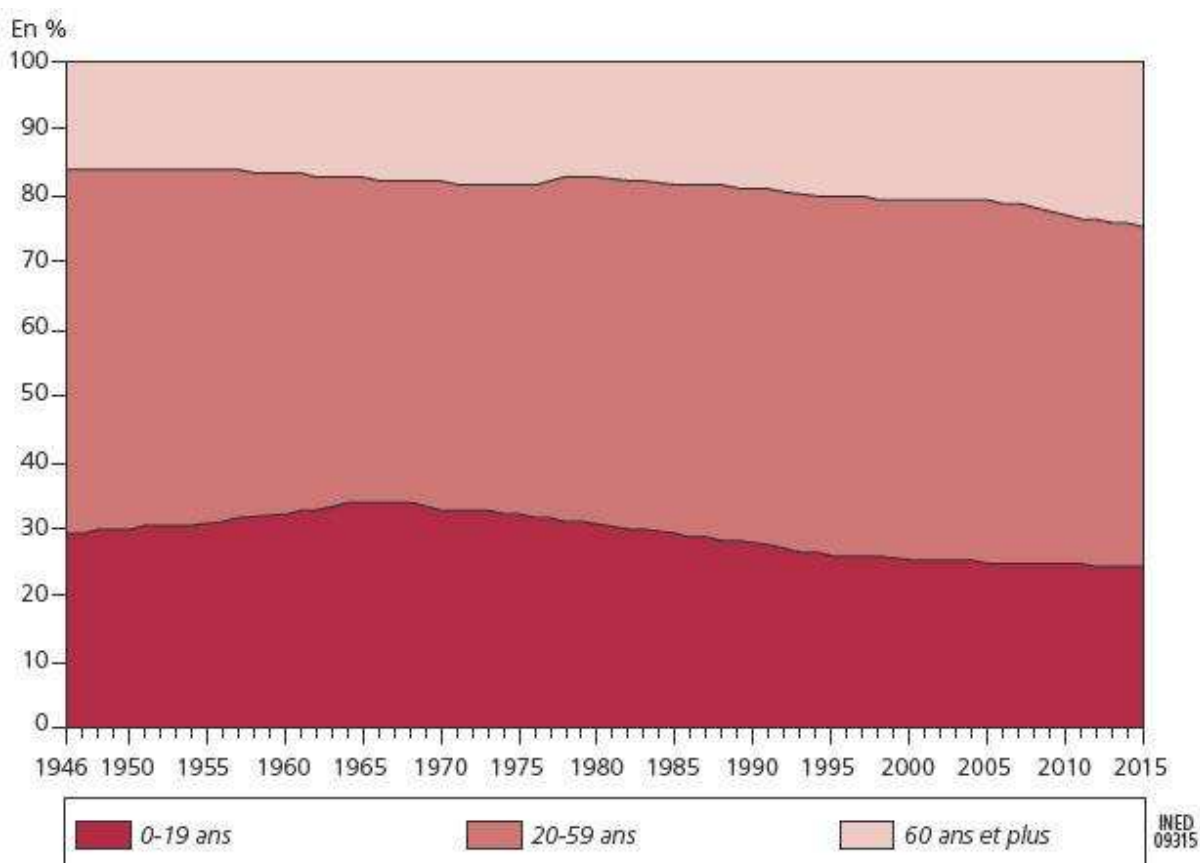
- Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1er janvier 2050.

**En 2050, une personne sur trois aura 60 ans ou plus**, tel est le constat de l'étude menée par l'Insee sur les projections de population d'aujourd'hui à 2050. (1)

En effet, selon ces projections en 2050, on aura 22,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80% en 45 ans.

Le vieillissement de la population française va s'accroître entre 2005 et 2050, alors que 20,8% de la population de France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait augmentée à 30,6% en 2035 et 31,9% en 2050 selon les projections de l'Insee.

### Evolution de la population par grand groupe d'âge de 1946 à 2015



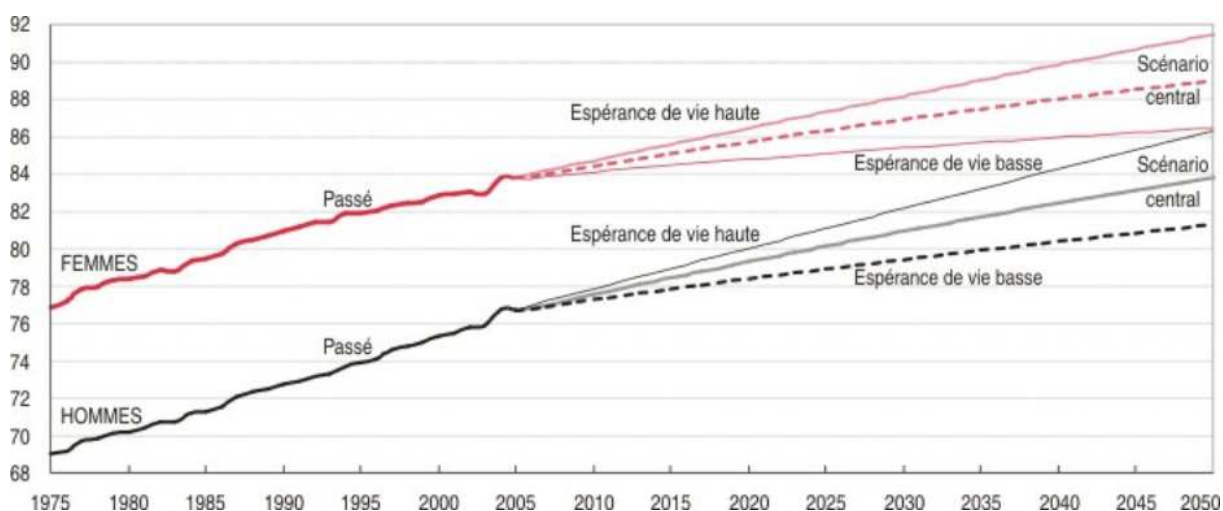
Source : Insee, population au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année (2)

La part des 60 ans et plus (tableau), qui était équivalente à celle des 0-19 ans en début d'année 2014 (24,4 %), la dépasse en début d'année 2015 (24,8 %). La part des personnes de 60 ans et plus croît d'année en année, tandis que le pourcentage de la population des moins de 20 ans diminue depuis 1966, date à laquelle ce dernier représentait un tiers de la population.

Le vieillissement de la population française se poursuit, essentiellement par le haut de la pyramide des âges (baisse de la mortalité aux âges avancés), alors que dans de nombreux autres pays européens, la forte chute de la fécondité a accéléré le vieillissement démographique en réduisant la part des groupes d'âges du bas de la pyramide (enfants et jeunes).

### ***I.A.2 Evolution de l'espérance de vie***

#### Évolutions passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050, selon les trois hypothèses retenues



- *Champ : France métropolitaine.*
- *Source : Insee, projections de population 2005-2050.*

En analysant le graphique sur l'évolution passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050 (3), on observe que l'espérance de vie à la naissance atteint 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2017 en France métropolitaine. (4)

Au cours des 40 dernières années, les hommes comme les femmes ont gagné une dizaine d'années de vie en moyenne.

Cette évolution va t-elle se poursuivre, telle est la raison de ces études. Dans un scénario dit « central », en 2050, on **projette l'espérance de vie à 84 ans pour l'homme et 89 ans pour la femme.**

## **I.B Pathologies chroniques : vers un changement du paradigme des soins :**

Selon le Commissaire européen chargé de la santé, les maladies chroniques sont devenues de loin la **principale cause de mortalité** puisqu'elles provoquent 86% des décès dans l'Union Européenne. En effet, les maladies infectieuses ont cédé progressivement leur place aux maladies cardiovasculaires, métaboliques, cancéreuses, rhumatismales ...

La maladie chronique est définie de la manière suivante :

« D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on parle de « maladie chronique » dans le cas d'une affection de longue durée qui évolue avec le temps. »  
(5)

Le Haut Conseil de la Santé Publique caractérise la maladie chronique de la manière suivante (6) :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
  - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale
  - une dépendance vis à vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance médicale
  - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière.

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'Affection Longue Durée (ALD) de la façon suivante :

« C'est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois, implique des dispositions médico-

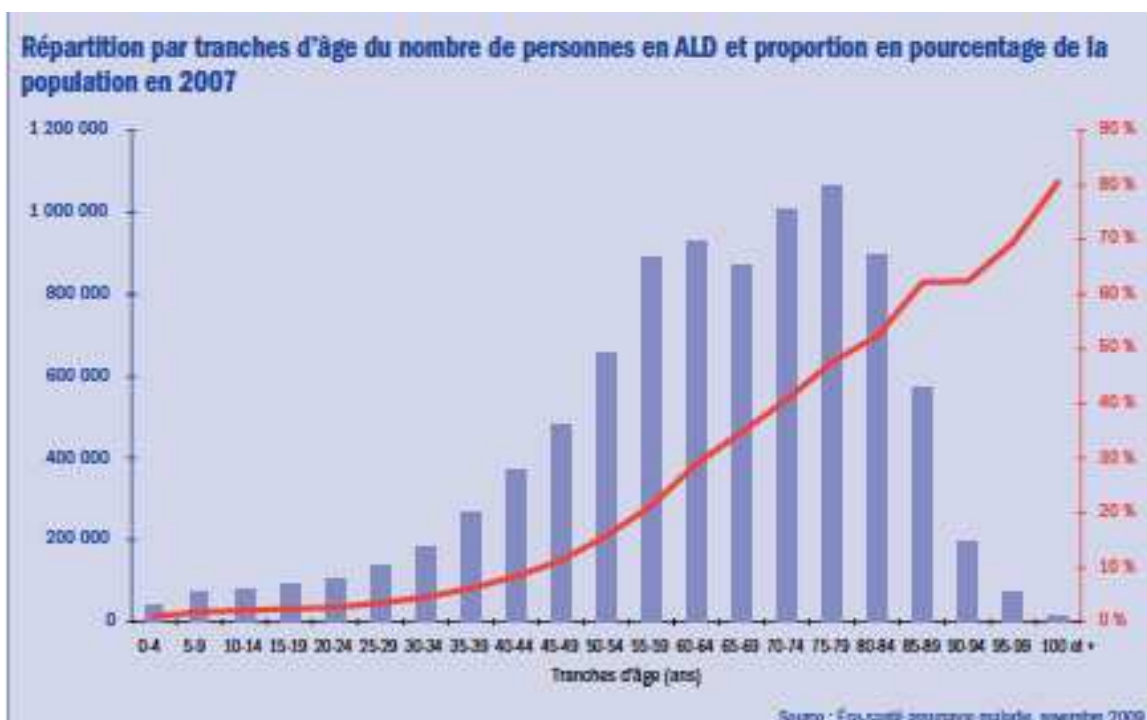
administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'Assurance maladie notamment les médecins-conseils. On distingue deux types d'ALD : l'ALD simple ou encore non exonérante et l'ALD exonérante c'est-à-dire celle pour laquelle le malade voit tous les soins qui se rapportent à cette affection pris en charge à 100 %. » (7)

A noter, en général que seules les ALD exonérantes sont connues du grand public.

En effet, depuis quelques années la HAS propose des recommandations sur les ALD, afin d'optimiser la prise en charge médicale des patients nécessitant un parcours de soins coordonné, tout en redéfinissant les critères de prise en charge financière à 100%.

Ces recommandations devront permettre l'amélioration de la qualité des soins par la promotion du parcours de soins, de la coordination entre professionnels de santé et du rôle du médecin traitant.

Il faut donc bien comprendre que l'ensemble des Affections longue durée sont des pathologies chroniques, mais que certaines pathologies chroniques ne sont pas des ALD, telles que l'arthrose ou le glaucome.



Si on met en corrélation le graphique ci-dessus avec celui de l'évolution des proportions d'âges en France dans les années à venir, on tend vers une augmentation de la part des pathologies chroniques, puisqu'en effet les tranches d'âge où les ALD les plus représentées sont celles des plus de 60 ans mais encore plus particulièrement des 70 – 80ans.

Les maladies chroniques sont des pathologies au long cours qui évoluent au fil du temps. Il est possible de les soigner mais pas de les guérir. Les patients atteints doivent ainsi apprendre à vivre avec ces maladies. (8)

- Dans le monde (source OMS):

- 63% des décès dans le monde sont liés à une maladie chronique. Il s'agit de la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité.
- 1/3 des personnes décédées de maladie chronique en 2015 dans le monde avaient moins de 60 ans.

- En France :

- En 2017, 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 17% des assurés. (9)
- Les patients atteints d'une ALD représentent 65% des dépenses de santé
- Les dépenses de santé moyennes sont de 6300 euros pour une personne en ALD contre 1800 euros pour une personne sans ALD

Selon l'Assurance Maladie, si on s'intéresse à la prévalence des ALD, en 2012, 9,5 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficient du dispositif des ALD, alors qu'en 2016 cette prévalence est de 10,4 millions soit 16,9% des assurés. (9)



Toujours selon les sources de l'Assurance Maladie, alors qu'en 2013 on recense 1,2 million de personnes du régime général de l'Assurance Maladie, en 2016 1,6 millions d'assurés ont été nouvellement affiliés au dispositif des affections de longue durée (ALD) (8). On note des évolutions très importantes de nouveaux cas notamment dans le diabète de type 1 et 2 ainsi que dans l'insuffisance cardiaque. (10)

A noter également qu'un **patient sur deux atteint d'une maladie chronique ne suit pas correctement son traitement**, et les raisons sont les suivantes (11):

- **difficulté d'explication et de justification du traitement**
- difficulté à accepter sa maladie
- conditions de vie de la personne (relations sociales, ressources, ...)
- **difficulté à comprendre la prescription**
- **Effets secondaires du traitement**
- Expériences négatives dans le système de soins

*(Les raisons mises en gras, sont celles où le pharmacien a pleinement son rôle à jouer)*

Aujourd'hui, **seuls 3,9%** des programmes d'éducation thérapeutique sont proposés en ville, par des cabinets, des maisons de santé ou des structures de santé de proximité. (11)

La médecine de ville travaille dans la durée, puisqu'elle suit les patients sur de longues périodes et établit des relations de proximité et de confiance avec les patients.

Il serait donc logique que la médecine ambulatoire constitue la porte d'entrée du patient dans le système de soins, et qu'elle ait la responsabilité principale de la prévention, du dépistage, et du traitement des pathologies aiguës courantes, mais aussi des pathologies chroniques dont la part ne cesse d'augmenter.

Selon Phillippe Ulnmann de la Cnamts (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) : « *Les besoins de prise en charge des pathologies chroniques sont de plus en plus importants aussi bien en amont dans la prévention qu'en aval*

*avec le suivi, impliquant davantage les médecins traitants et les autres professionnels libéraux »*

La médecine de ville remplit ses fonctions de manière imparfaite, en grande partie à cause de ses modes d'organisation tel que le cabinet médical individuel, la rémunération (le paiement à l'acte), la démographie médicale (quotas, féminisation, temps partiels) ; qui au final favorisent la segmentation des prises en charge, la discontinuité et le cloisonnement des interventions qui devraient être concertées entre professionnels de santé. Il en résulte alors une prise en charge parfois sous-optimale et incomplète des pathologies chroniques.

Tout le système de santé, dans ses aspects sanitaires comme dans ses aspects économiques, de la formation des professionnels de santé jusqu'à la prise en charge, est fondé sur le modèle de la maladie aiguë, ce modèle n'étant donc pas adapté à l'augmentation considérable des malades chroniques.(12)

Le diabète de type 2 en est un bon exemple, puisqu'il y a une importante proportion de patients qui ne bénéficie pas de l'ensemble des examens recommandés, malgré les recommandations de la HAS.

En effet, nombre d'entre eux sont diagnostiqués à l'occasion de l'apparition d'une complication, l'orientation du patient en fonction de ses besoins se fait mal ou tardivement, alors que les connaissances et les moyens correspondants s'améliorent. Or, ces difficultés sont responsables de complications plus précoces, d'évolution de la maladie défavorable, et donc l'accentuation de recours aux soins hospitaliers qui représentent un coût important des dépenses de santé.

Les causes qui font défaut au niveau de cette prise en charge sont principalement :

- L'**observance** et leur comportement en matière d'hygiène et de respect des règles hygiéno-diététiques où le pharmacien a pleinement son rôle à jouer
- La **qualité des prises en charge** qui souffre en grande partie du manque de coopération et de coordination entre les intervenants et les professionnels de santé.

## I.C Inégalités territoriales de santé et inégalités d'accès aux soins

La France reste marquée par de **fortes inégalités sociales et territoriales de santé**. Malgré un bon niveau de santé, on constate des écarts selon les territoires et les catégories socioprofessionnelles en termes de risques pour certaines pathologies ou d'espérance de vie en bonne santé. Les inégalités concernent l'exposition aux risques, mais aussi l'accès à l'offre de soins, que celui-ci soit limité par des obstacles financiers ou par l'insuffisance d'offre.

En 2012, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à au moins un soin dans l'année pour des raisons financières, selon une étude de l'institut de recherche et de documentation en économie de la Santé. (13)

Les difficultés d'accès aux soins sont avérées, en particulier pour les populations les plus démunies et pour celles qui se situent dans des régions sous-médicalisées. Cette inégalité des soins, ne fait que s'amplifier du fait de la répartition très inégale des médecins et des soignants sur le territoire. (14)

Le pharmacien, de par son maillage territorial et ses larges compétences permet la gestion du premier risque pathologique à l'officine. L'accès à une pharmacie étant libre, facile, et gratuit ; l'officine constitue une porte d'entrée naturelle et identifiée dans le parcours de soins. Le pharmacien réoriente le cas échéant le patient vers le médecin ou les urgences si un diagnostic ou une prise en charge rapide est nécessaire.

Cette problématique d'accès aux soins de premiers recours difficile est également à l'origine d'un engorgement des urgences hospitalières qui compromet les missions et la qualité des soins des urgences. Les professionnels des urgences ont le sentiment, largement, partagé de subir les conséquences de dysfonctionnements extérieurs à leur service, en particulier en amont, de l'organisation de la médecine de ville, et estiment que l'amélioration du fonctionnement des urgences doit aller de pair avec un renforcement de l'interface entre la ville et l'hôpital. (15)

Dans les Hauts de France, la fragilité sociale de ses 6 millions d'habitants est plus prononcée qu'ailleurs en France. De plus, il existe de fortes disparités intra-régionales, avec un accès aux soins plus difficiles dans certains territoires, en particulier dans les départements de l'Aisne, du Pas-de-Calais et de l'Oise. (16)

On observe donc une difficulté d'accès aux soins à 2 niveaux :

- sur le plan géographique (désertification médicale dans certains territoires)
- sur le plan social (personnes en situation de précarité)

## **II. Evolutions du système de santé et nécessité de réorganiser les soins de premiers recours**

### **II.A Démographie soignante des soins de premiers recours**

Les services de santé ne peuvent se déployer ni évoluer sans la participation active des professionnels de santé. Médecins, infirmières, aides-soignants (es) et toutes les professions qui se consacrent, individuellement ou en équipe, à soigner leurs contemporains jouent un rôle déterminant dans les activités de soins.

Or, sur de nombreux points, c'est une insatisfaction importante des professionnels qui s'est exprimée au cours des dernières années : mouvements sociaux à répétition, revendications sur les rémunérations, rejets de certaines contraintes professionnelles, difficultés persistantes du dialogue conventionnel, menaces surtout symboliques mais inédites de réduire l'activité ou de partir l'exercer ailleurs.

Pourtant, d'une manière générale, le nombre des professionnels de santé n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui. Leurs rémunérations n'ont pas diminué, leur temps de travail est plutôt moindre, leur lieu d'exercice est le plus souvent celui qu'ils ont choisi. La grande majorité d'entre eux conserve un grand attachement à leur métier, fondé sur des valeurs fortes et un engagement pour les malades.

La considération toute particulière de la population pour les métiers de la santé est constante.

À l'évidence, un mal-être profond est partagé par de nombreux professionnels de santé. Les raisons en sont multiples. Trois grandes inquiétudes s'expriment en particulier :

- **le sentiment ou la perspective d'effectifs insuffisants, mettant en cause la possibilité d'assurer les soins dans des conditions jugées normales,**
- l'évolution des besoins, des métiers et des compétences, mettant en cause des rôles et des organisations traditionnelles
- le sentiment d'une extension trop importante du champ des responsabilités personnelles et professionnelles, redéfinies sous la pression des malades.

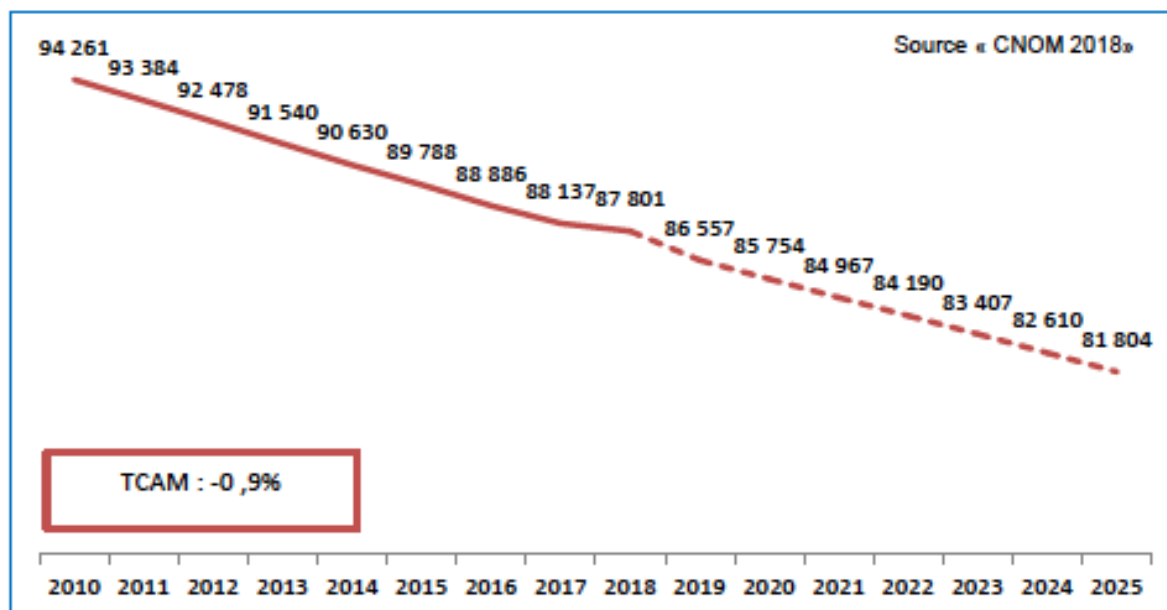
Sur tous ces sujets, les inquiétudes ne sont pas totalement infondées. Notamment, l'exigence de qualité et de résultat traverse plus que jamais les activités de soins et s'impose à tous les professionnels et à toutes les équipes soignantes. Elles se traduisent, de façon inégalement perceptible, par d'autres façons de travailler et par la nécessité d'organisations nouvelles. (17)

La démographie médicale reste stable, mais la **démographie des médecins généralistes** qui constituent le premier rempart des soins de premiers recours **baisse et ne permet plus d'assurer un égal accès aux soins des patients sur le territoire**. Cette constatation pointe les inégalités de répartition des médecins entre le secteur libéral et hospitalier, entre les différentes régions, entre les différentes spécialités.

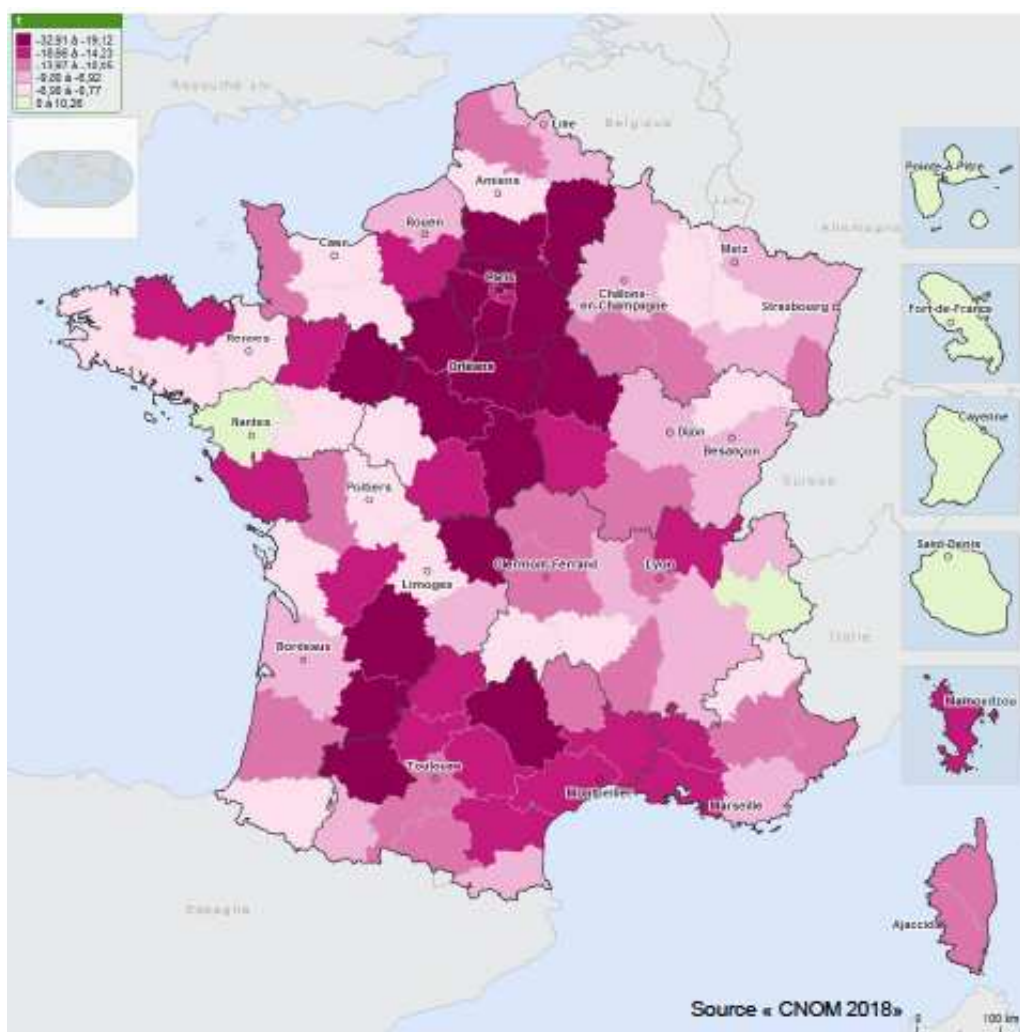
En 2018, le tableau de l'Ordre recense 87 801 **médecins généralistes** en activité régulière. (18)

D'après l'Atlas de la démographie médicale et le calcul du taux de croissance annuel moyen (TCAM), la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse d'environ 6 000 médecins généralistes en activité régulière entre aujourd'hui et 2025. (18)

Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025

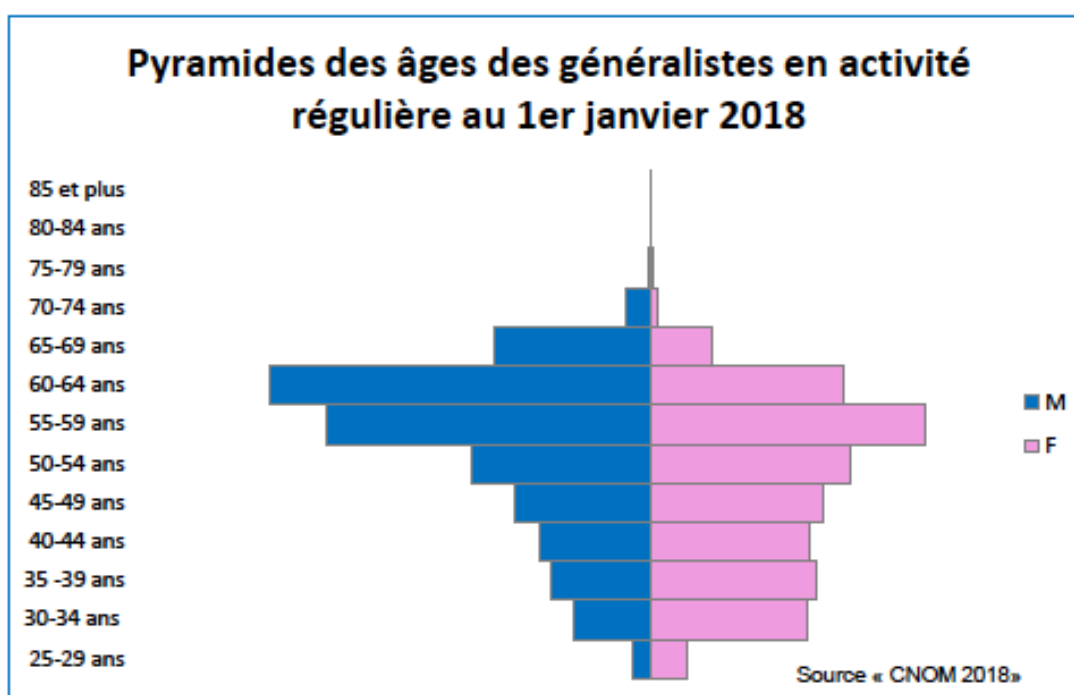


Variation des densités départementales de médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2018 (%)



Ce graphique ainsi que la carte montrent une diminution des effectifs des médecins généralistes en activité régulière sur l'ensemble des régions de France métropolitaine à l'exception des départements de Loire-Atlantique et de Savoie sur la période 2010/2018. Dans la plupart des DOM-TOM, on note également une augmentation des effectifs.

Dans la région Hauts de France, on enregistre une baisse de 1,22% des effectifs de médecins généralistes entre 2017 et 2018. (18)



L'âge moyen des médecins généralistes en France est de 50,6 ans. La part des médecins ayant 60 ans et plus, représente 30% des médecins généralistes libéraux et mixtes.

La population des médecins généralistes a également tendance à se féminiser, elle est prépondérante chez les jeunes médecins, en effet elle représente 60% des moins de 50 ans, et 64% des moins de 40 ans. (18)

La répartition des professionnels de santé est très inégale sur le territoire français, aussi bien au niveau de la densité de médecins que d'infirmiers. Les régions où la densité est la plus importante demeurent les régions du Sud de la France et de l'île de

France, à l'inverse la densité est nettement moins importante, dans les régions du Centre, de la Picardie, de la Normandie. (19)

Toutefois, les plus fortes inégalités sont infra-départementales, en effet les concentrations de professionnels de santé libéraux sont à la fois littorales et urbaines. Les zones en difficulté sont rurales et suburbaines. (20)

## **II.B Changement profond dans les choix et les aspirations des jeunes médecins**

Les jeunes médecins souhaitent avoir des modes de vie différents par rapport aux générations de médecins précédentes (21) :

- Une majorité de jeunes médecins songerait à renoncer à la carrière médicale si certaines conditions ne sont pas remplies, notamment si la charge de travail est trop importante ou s'ils sont forcés de s'installer dans une région qu'ils n'ont pas choisie.
- Les jeunes médecins généralistes envisagent majoritairement d'exercer en libéral ou en établissement de santé (59% vs 31%)

Les jeunes générations de médecins aspirent à des modes de vie plus proches qu'auparavant du reste de la population, le Conseil de l'ordre des médecins (CNOM) indique que parmi les nouveaux inscrits en 2014 (14) :

- 20,4% ont fait le choix de l'exercice libéral
- 33,4% sont salariés
- 4,3% ont un exercice mixte
- 41,9% sont remplaçants dont 64% en activité régulière

Ces changements de pratiques afin de mieux concilier vie personnelle et vie professionnelle, peuvent conduire à des tensions d'offres de soins sur le territoire.

E. Macron dans son discours « Ma santé 2022 » déclarait « (...) nous constatons que les jeunes générations sont en demande d'un exercice collectif »



## II.C Modalités de rémunération des professionnels de santé

*« Il existe de nombreux mécanismes pour payer les médecins ; certains sont bons et certains sont mauvais. Les trois pires sont la rémunération à l'acte, la capitation et le salaire. » James C. Robinson (Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, 2001)*

Il n'y a pas UN bon système de paiement des professionnels de santé, mais les différentes modalités de rémunération entraînent un impact sur la manière d'exercer et le comportement des professionnels de santé (22)

Le paiement à l'acte ne favorise pas la prise en charge globale du patient mais encourage plutôt une prise en charge cloisonnée et incite à la course à l'activité et à l'acte. Ce mode de paiement encourage les médecins à essayer de voir un grand nombre de patients sans favoriser ni les soins de premiers recours, ni la rémunération du travail ne constituant pas un acte codifié par la sécurité sociale tels que les temps de coordination.

Ce système de rémunération a en effet été mis en place pour la génération d'après-guerre lorsque les pathologies aiguës étaient les plus fréquentes, mais peine à s'adapter à l'évolution des pathologies de plus en plus chroniques et complexes qui nécessitent davantage de coordination.

Le financement est un des leviers essentiels de la transformation du système de santé, puisqu'il provoque un changement de comportement de la part des professionnels. Une transformation du financement inciterait davantage les acteurs à développer la prévention, à assurer des soins de qualité, à prendre le temps d'une meilleure coordination.

### **Les médecins :**

La France est aujourd'hui l'unique pays occidental à rémunérer les médecins généralistes à plus de 80% d'un paiement à l'acte, alors que cette proportion atteint au maximum 50% dans les autres grands pays. (23) Ces autres pays ont en effet

recours à un paiement mixte pour les professionnels de santé : une partie sous forme de paiement à l'acte et l'autre sous forme de forfait.

On observe une volonté des pouvoirs publics de réformer ce système de rémunération à l'acte qui ne permet pas de valoriser l'ensemble des aspects des soins primaires avec notamment la mise en place du paiement à la performance (P4P) ou encore appelé ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) au 1<sup>er</sup> janvier 2012 par la convention médicale. (24)

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a pour but l'amélioration des pratiques des médecins libéraux en améliorant la qualité des soins et des pratiques en matière de santé publique. (25) Elle est en effet basée sur des indicateurs tels que :

- la prévention, (dépistage des cancers, iatrogénie médicamenteuse, réduction des antibiotiques, vaccination anti-grippale)
- le suivi des pathologies chroniques, (diabète, HTA, risque CV)
- l'optimisation et l'efficacité des prescriptions (prescription dans le répertoire des génériques et biosimilaires)

La nouvelle convention médicale signée en août 2018 a confirmé le principe d'une rémunération des médecins libéraux autour de trois piliers : la **rémunération à l'acte** qui constitue le socle de la rémunération, les **forfaits** pour prendre en compte l'action des médecins dans le suivi de leur patientèle et la prise en charge coordonnée de leurs patients, et la **ROSP** pour valoriser et améliorer la qualité des pratiques médicales. (26)

### Les infirmiers :

Leur rémunération reste essentiellement basée sur la rémunération à l'acte, mais ces dernières années certains programmes ont été mis en place tel que le **programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)** instauré par l'Assurance Maladie en 2010 dans le but de fluidifier le parcours hôpital - ville pour les sorties d'hospitalisation après chirurgie, décompensation cardiaque, BPCO, AVC. Il permet une rémunération complémentaire à l'infirmier moyennant une formation obligatoire. Cet acte comprend alors les notions d'éducation du patient et/ou de son entourage,

la vérification de l'observance, le contrôle des constantes cliniques et la participation au dépistage des complications.

Cela correspond à une belle reconnaissance des compétences infirmières, puisque cela constitue le tarif pour un acte seul le plus élevé de la nomenclature de cotation des actes infirmiers.

Prévu par l'article 119 de la loi Santé de 2016, le **statut d'infirmier en pratique avancée (IPA)** a émergé à travers deux décrets et trois arrêtés du 18 juillet 2018 ; et permettra dans les prochaines années de revaloriser la rémunération des infirmiers ayant suivi la formation apportant le diplôme d'Etat d'IPA. (27)

### **Les pharmaciens d'officine :**

Pour les pharmaciens d'officine **une réforme de la rémunération a débuté en 2014**. Les pouvoirs publics ont la volonté alors de rendre les officines moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursés en diminuant la marge de ces derniers, mais en rémunérant davantage l'acte de délivrance.

L'avenant n°11 de la convention nationale pharmaceutique signé le 20 juillet 2017, amplifie la transformation progressive de cette réforme initiée en 2014. (28)

Cette réforme a pour but de répondre à 2 principes :

- transférer de façon progressive la marge réglementée vers de nouvelles formes de rémunération liées à la dispensation et visant à conforter les missions de professionnels de santé des pharmaciens d'officine notamment dans la prise en charge des patients âgés ou des jeunes enfants, et celle des patients sous traitement de médicaments spécifiques potentiellement à risque
- Réduire de façon progressive, la part de la marge dégressive lissée intégrée au prix du médicament

De plus dans cet avenant, à la suite de l'Article 4 : « **Honoraires de dispensation** », l'Article 5 « Rémunération sur objectifs, modernisation des échanges et qualité de service de l'officine » (28), confirme la volonté de diversification de la rémunération des pharmaciens (prévention, dépistage, accompagnements des patients chroniques, efficience de la dispensation).

Le pharmacien possède également une rémunération sur objectifs (ROSP) qui s'élève en moyenne à 7 044 euros au titre de l'année 2017 (29), ainsi qu'une rémunération pour des missions d'accompagnement pharmaceutique (Bilan de Médication Partagé, entretiens pharmaceutiques pour les patients sous AVK/AOD et pour les patients asthmatiques, ainsi qu'une rémunération pour l'acte de vaccination anti-grippale).

### **III. Evolution des missions et rôles du pharmacien d'officine**

L'article R. 4235-2 du Code de la santé publique précise en effet que le pharmacien :

***"Doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale"***. (30)

L'article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique définit les missions des pharmaciens d'officine. Il mentionne notamment que ces derniers ***"contribuent aux soins de premier recours " (parmi lesquels l'éducation pour la santé, la prévention et le dépistage) et "peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients"***. (30)

Le décret n°2018-841 du 3 octobre 2018 précise les conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes, avec (30) :

- 1. la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé**

2. la participation au dépistage des maladies infectieuses et non transmissibles
3. la réalisation d'actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique en prévenant la iatrogénie médicamenteuse, en garantissant le bon usage du médicament, et le suivi de l'observance
4. la participation à la coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient dans le respect de son parcours de soins coordonné par le médecin traitant
5. la participation à des actions d'évaluation en vie réelle des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique en collaboration avec les autorités sanitaires

L'Article R. 5125-33-7 du Code de Santé Publique mentionne que le pharmacien respecte la confidentialité des échanges avec le patient. Il dispose à cette fin de locaux permettant un accueil individualisé.

***« Il intègre les informations dans le dossier médical partagé du patient prévu à l'article L.1111-4 du Code de Santé Publique. Il assure un retour d'information au médecin traitant avec l'accord du patient. » (30)***

Selon la HAS (2007), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) concerne l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique, **dont les pharmaciens**. Pour être efficace, l'ETP doit être réalisée par une équipe multiprofessionnelle et interdisciplinaire, intégrant un travail en réseau (formel ou informel). (31)

**Les rôles du pharmacien sont multiples** dans le cadre de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique du patient (31) :

- Sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage
- Aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements
- Promouvoir le bon usage du médicament
- Apprendre à renforcer les techniques particulières de prises de certains médicaments
- Aider le patient à l'apprentissage de l'auto surveillance
- Soutenir et accompagner les patients

En effet, les pharmaciens disposent d'un grand arsenal d'atouts et de compétences aussi bien sur le plan scientifique que sur le plan de la communication afin d'intervenir dans l'éducation thérapeutique :

- proximité géographique et maillage territorial
- accessibilité et disponibilité
- contacts fréquents avec la patientèle
- connaissances globales du patient (historique médicamenteux mais aussi son contexte familial et socioprofessionnel)

Le pharmacien a également un rôle dans la polyconsommation médicamenteuse, en effet d'après une étude de la DRESS, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuse différentes de manière régulière.

De plus avec la Loi HPST de 2009 et la convention pharmaceutique de 2012, le rôle du pharmacien a été profondément élargi afin qu'il devienne un acteur de premier plan dans la coordination des soins auprès des patients.

Il est donc aujourd'hui habilité à faire : (32)

- **Des entretiens pharmaceutiques nouvelle génération** : suivi des patients asthmatiques, des patients sous anti vitamines K (AVK) et sous anticoagulants oraux direct (AOD)

- **Des Bilans de Médications partagés (BMP)** : pour les patients en ALD de plus de 65 ans et les patients polymédiqués de plus de 75 ans afin de prévenir les risques iatrogéniques
- **La vaccination anti-grippale** : chez les patients à risque ayant un bon de prise en charge de l'Assurance Maladie ou chez les patients ayant une ordonnance du médecin

Le 12<sup>ème</sup> avenant à la convention pharmaceutique négocié avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a été signé le 21 novembre 2017, il permet aux **bilans de médication partagés (BMP)** d'être rémunérés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. (31)

Ces bilans ont pour objectifs de:

- réduire le risque d'effets indésirables liés aux médicaments (EIM)
- apporter des réponses aux interrogations du patient concernant ses traitements
- améliorer l'observance thérapeutique

## Partie II : L'exercice pluriprofessionnel : une réponse à ces enjeux ?

### I. Une opportunité pour réorganiser les soins primaires avec un intérêt commun, la prise en charge globale du patient : les équipes de soins primaires.

#### I.A Définitions

##### Soins de premier recours

L'article L1411-11 du code de Santé Publique définit les soins de premier recours :

*« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L.1434-2. Ces soins comprennent :*

*1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*

*2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*

*3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*

*4° L'éducation pour la santé.*

*Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.*



### **Equipe de soins primaires (ESP)**

C'est une équipe constituée de tout professionnel de santé de 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours de ville, avec **au minimum un médecin généraliste et un professionnel paramédical**, regroupés ou non sur un même site, souhaitant s'investir dans une thématique commune apportant un bénéfice à leurs patients.

Ces équipes permettent de fluidifier et consolider le parcours de soins. Elles contribuent fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et celles en situation de handicap et de perte d'autonomie, dans le cas de soins palliatifs à domicile, de demandes de soins non programmés aux heures d'ouvertures des cabinets. (33) (34)

Une équipe de soins primaires (ESP) est une forme de coordination très souple passant à minima par la transmission organisée d'informations, la facilitation de coopérations, la mise en cohérence des interventions autour des patients.

La forme juridique importe peu, une simple association Loi 1901 suffit. Tout professionnel de santé de premier recours peut créer une équipe de soins.

**Elle peut constituer une première étape à la constitution d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé pluriprofessionnel.** (33)

### **L'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité**

Pour l'AERES, la **pluridisciplinarité** est définie comme « *une juxtaposition de perspectives disciplinaires qui élargit le champ de la connaissance, en accroissant le nombre de données, des outils et des méthodes disponibles (...)* ». (35)

Elle définit l'**interdisciplinarité** comme : « *La coopération de plusieurs disciplines autour de projets communs. Ces projets ouvrent des perspectives de recherche à chacune des disciplines, qui ne sont plus cantonnées pour la plupart à des situations d'application. Les travaux en commun associent des données, des théories et des concepts issus de disciplines différentes en une synthèse dans laquelle le rôle des composantes disciplinaires va bien au-delà de la simple juxtaposition* ». (35)

## **La pluriprofessionnalité et l'interprofessionnalité**

Selon le groupe de travail « interprofessionnalité » de la Plateforme « Avenir de la formation médicale », le terme **interprofessionnalité** comprend deux aspects complémentaires, d'une part une formation interprofessionnelle, d'autre part, une pratique collaborative ou interprofessionnelle centrée sur le patient (36)

Selon la définition proposée par le Centre for the Advancement of Interprofessional Education du Royaume-Uni (CAIPE), il y a formation interprofessionnelle lorsque deux professions ou davantage sont engagées dans un processus d'apprentissage conjoint, réciproque et qui leur permet de mieux se connaître pour mieux collaborer et améliorer la qualité des soins. (36)

La **pluriprofessionnalité** consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Elle utilise la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés (37)

### **I.B Cheminement du décroisement pour améliorer le parcours de soins**

- **En octobre 2003 : publication du rapport Berland « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »** (38)
- **En août 2004 : vote de la loi de santé publique**. Cette loi autorise la mise en place de cinq expérimentations de délégation d'actes médicaux. Sont concernés les infirmiers, les orthoptistes et les manipulateurs en radiologie. (39)
- **En juillet 2009 : vote de la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST)**. Ce texte fondateur, dans son article 51, formalise le principe de la délégation d'actes et de la réorganisation, entre professionnels, des modalités de prise en charge du patient. (40)

- En 2010 : **réforme des études de santé (Paces)**. A la rentrée 2010-2011, la première année des études des quatre professions de santé (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique) est fusionnée en « première année commune aux études de santé » (Paces).
- En août 2011 : **loi modifiant la loi HPST et décret d'application n° 2012-407 du 23 mars 2012 créant les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)**. Ces textes créent un nouveau type de société permettant aux professionnels d'exercer ensemble dans un environnement juridique formalisé. (41)
- En décembre 2012 : **loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, art.48 créant les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa)**. Conçue par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'expérimentation Paerpa a pour but de prévenir et de limiter la perte d'autonomie des personnes de 75 ans et plus « au travers de 5 actions clés : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles, mieux utiliser les médicaments » (42)
- En avril 2013 : **arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie**. Au cours du stage hospitalier, les étudiants sont amenés à exercer des fonctions hospitalières centrées sur le patient et en collaboration avec l'équipe médicale. Ils se familiarisent avec la prescription des médicaments et des examens biologiques, des problèmes posés par le suivi thérapeutique et biologique en relation avec d'autres professions. (43)
- En février 2015, un **règlement arbitral** pérennise les **Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)** jusque là en expérimentation. Ce qui constitue une reconnaissance des politiques au développement de MSP privées. (44)

- En janvier 2016 : **loi de modernisation de notre système de santé, art.74 instaurant les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.** « Les fonctions d'appui contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours de santé. (...) La plate-forme territoriale d'appui vient en soutien à l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux (...) pour les patients relevant d'un parcours de santé complexe. » « La plateforme territoriale d'appui met en œuvre des missions pour la coordination des parcours de santé complexes » (45)
  
- En juillet 2016 :
  - **décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé.** Ce texte précise le contenu du dossier médical partagé (DMP) ainsi que son accès par le patient et les professionnels de santé. Le DMP doit permettre un partage d'informations traçables et sécurisées entre les professionnels de santé, au service d'un meilleur suivi des patients. (46)
  
  - **décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.** (47)
  
- En octobre 2016 : **décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.** Ce texte définit les modalités du recueil du consentement préalable (information, exercice des droits du patient, durée de validité du consentement ...). (48)
  
- En juillet 2017 : un **Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)** entre 12 syndicats de professionnels de soins primaires et l'UNCAM entérine les modes de rémunération associés à la prise en charge coordonnée des patients. Les pharmaciens sont alors reconnus partenaires de la coordination des soins en tant que membre d'une SISA ou intervenants extérieurs.

- En février 2018 : « **Ma Santé 2022 : un engagement collectif** » qui a pour objectif de replacer le patient au cœur du soin. (49)

### **I.C Un dispositif de soins de premiers recours en mutation par un renforcement de l'exercice coordonné :**

Notre système de santé a été conçu pour une société où l'on ne vivait pas aussi vieux qu'aujourd'hui, pour traiter des pathologies aiguës, à une époque avec une offre de soins qui correspondait aux besoins de la société.

Le dispositif de premier recours est le maillon faible du système de santé français. Par un handicap d'organisation, il s'avère peu capable de donner une réponse adéquate aux demandes de soins, de prévention et de maladies chroniques, ni d'assurer un égal accès à l'ensemble de la population. De plus, il ne répond plus aux attentes des nouvelles générations des professionnels de santé.

« La structuration des soins de proximité est la priorité des priorités » a annoncé Emmanuel Macron dans son plan santé intitulé « Ma santé 2022 : un engagement collectif » le 18 septembre 2018. En effet, il évoque un système « atomisé, cloisonné, déséquilibré, avec de trop nombreux professionnels qui exercent encore de manière isolée » (50) avec des secteurs qui ne travaillent pas suffisamment ensemble, mais en aucun cas un problème de financement du système de santé.

« Ma santé 2022 » permettra de (51) :

- Garantir la possibilité pour chaque Français d'avoir un médecin traitant
- Garantir l'accès à un rendez-vous tous les jours de la semaine jusqu'en soirée et le samedi matin
- Développer les actions de prévention
- Maintenir à domicile le plus possible les personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies
- Faciliter l'accès de tous les patients à des médecins spécialiste

## **I.D Un modèle inspiré des pays étrangers**

Au Québec, en 2000, sont mis en place les **groupes de médecine de famille (GMF)**, comprenant des médecins, des infirmières, des nutritionnistes, des experts psychosociaux, des physiothérapeutes, des pharmaciens et d'autres professionnels de santé. Ils ont pour objectif d'améliorer les problèmes de qualité et d'accès dans le système de soins primaires. Ils sont axés sur la pratique interprofessionnelle et le travail d'équipe, nécessaires pour offrir des heures prolongées et mettre en place les dossiers électroniques des patients. En 2011, 223 GMF étaient comptabilisés, et offraient des services à plus de 25% des Québécois. (52)

Aux Etats-Unis, les **PCMH (Patient-Centered Medical Home ou centre médical centré sur le patient)**, visent à promouvoir un mode d'exercice de la médecine de premier recours fondé d'une part sur le travail en équipe sous l'autorité du médecin, et d'autre part sur l'utilisation intensive des nouvelles technologies de la communication et de l'information. (53) Les recherches montrent que les PCMH améliorent la qualité et l'expérience des patients et augmentent la satisfaction du personnel, tout en réduisant les coûts de soins de santé, de plus c'est un modèle qui place les patients à l'avant garde des soins. (54) Des études ont également montré qu'ils permettaient de réduire le recours aux urgences pour les patients atteints de maladies chroniques. (55)

En Finlande et en Suède, on observe un système de santé où les médecins exercent dans des centres de santé, qui constituent la principale porte d'entrée du système de soins. Ces centres constituent la base du système de soins et offrent à la fois soins préventifs et curatifs, en proposant une large gamme de soins et services médicaux sociaux et collectifs. (56)

Au Royaume-Uni, les médecins généralistes ont un statut de professionnel indépendant, mais exercent majoritairement en groupes et offrent un éventail de services de soins primaires, à la fois diagnostiques, curatifs et préventifs. Seuls 8% des médecins généralistes exercent en cabinet individuel, et aujourd'hui plus de 45% des généralistes exercent dans des groupes associant plus de 5 médecins généralistes contre 17% en 1975. (56)

## I.E Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

### I.E.1 Définitions

#### Qu'est-ce qu'une maison de santé ?

Le terme de maison de Santé apparaît en 2007 dans le Rapport d'information fait au nom de la commission de Affaires sociales sur la démographie médicale par le Sénateur J.M Juilhard (57). Il parle alors « d'un mode d'exercice libéral relativement nouveau qui rassemble des professions médicales et paramédicales, organisant son activité autour d'un projet médical commun.

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont des structures pluriprofessionnelles dotées d'une personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Elles concluent avec l'ARS et la CPAM un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.* » (58)

*« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 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 déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.*

*« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »*

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins généralistes et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute,...). (59)

Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

Les MSP sont à la mode, les tutelles les promeuvent et les présentent comme **LA** solution à tous les problèmes d'accès aux soins et de désertification médicale. (60)

La composition des maisons de santé peut être très ouverte. Basée sur les médecins généralistes et les infirmiers, considérés comme le « noyau dur » de ces structures, elle comprend souvent des professionnels de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes etc.), des diététiciennes, des psychologues, des assistantes sociales. (61)

### **Qu'est-ce qu'un pôle de santé ?**

La notion de « pôle de santé » est aujourd'hui définie par la loi.

Selon l'article L.6323-4 du Code de santé publique (créé par la loi HPST), « *les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L.1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L.1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article 1434-5.*

Un pôle de santé est constitué « *entre des professionnels de santé, le cas échéant des **maisons de santé**, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médico-sociale* ».



## **Qu'est ce qu'un centre de santé (CDS) (62)?**

C'est un lieu de santé de proximité, de soins primaires (médecine générale, soins infirmiers et de chirurgie dentaire) et parfois de soins secondaires et de santé publique (prévention et promotion de la santé où sont pris en charge tous ceux qui le souhaitent).

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. **Les médecins qui y exercent sont salariés et pratiquent le tiers payant.** Les tarifs médicaux pratiqués sont obligatoirement de secteur 1 (sans dépassements d'honoraires).

Ils mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et des actions sociales.

Il y a aujourd'hui 1750 centres de santé en France selon la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2017, dont près de 500 sont des centres de santé polyvalents ou médicaux, les autres étant infirmiers ou dentaires (62).

Le centre de santé constitue le mode d'exercice pluriprofessionnel le plus ancien et le plus présent sur le territoire à l'heure actuelle.

### **Afin de bien comprendre la différence entre ces structures :**

**Différence MSP/ pôle de Santé :** les professionnels de santé exerçant dans une MSP travaillent au sein d'une même structure, alors qu'un pôle est constitué du regroupement de structures de soins ou de professionnels de santé, sans qu'ils appartiennent forcément à une structure physique.

**Différence MSP/ Centre de Santé :** les professionnels exerçant au sein du Centre de Santé sont salariés du centre. Au delà de ça, la structure globalement identique à la maison de santé.

**Point commun des MSP/ pôle de santé/ centre de santé :** prise en charge du patient dans un parcours de soins coordonnés, où chaque professionnel de santé a un rôle bien défini au sein de l'équipe autour du patient.

### ***I.E.2 Quantification des Maisons de Santé pluridisciplinaire (MSP) au plan régional et national***

Sur le plan régional, on recense en Novembre 2018 dans les Hauts de France (source ARS Hauts de France):

- dans l'Aisne :
  - 12 MSP en activité
  - 6 MSP en opérationnalisation (en cours mais non validé)
  
- dans le Nord :
  - **25 en activité**
  - **6 en opérationnalisation**
  
- dans l'Oise :
  - 9 en activité
  - 2 en opérationnalisation
  
- dans le Pas de Calais :
  - **25 en activité**
  - **2 en opérationnalisation**
  
- dans la Somme
  - 20 en activité
  - 3 en opérationnalisation

**Répartition par région du nombre de maisons de santé  
pluri-professionnelles**  
(données au 13 mars 2017)

Région	Nombre de maisons de santé ouvertes	Nombre de projets	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	144	24	168
Bourgogne-Franche-Comté	87	21	108
Bretagne	84	19	103
Centre Val de Loire	62	4	66
Corse	3	5	8
Grand Est	80	30	110
Guadeloupe	2	0	2
Guyane	3	0	3
Hauts-de-France	70	33	103
Ile-de-France	42	40	82
La Réunion	9	1	10
Martinique	3	0	3
Normandie	37	16	53
Nouvelle Aquitaine	104	62	166
Occitanie	86	31	117
Pays de la Loire	73	19	92
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21	29	50
<b>Total général</b>	<b>910</b>	<b>334</b>	<b>1244</b>

*Source : DGOS - Observatoire des maisons de santé pluri-professionnelles*

Sur le plan national (source CPN/ACI mai 2018) (63) :

- **1100 MSP et 300 en projet**
- 2,8 millions de patients déclarent avoir un médecin traitant exerçant en MSP
- 20 000 professionnels de santé exerçant au sein d'une MSP

## I.F Une volonté et une aide des pouvoirs publics et des politiques de santé

### I.F.1 L'Agence régionale de Santé (ARS)

Les agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population. (64)

Elles ont 2 grandes missions (64) :

- **Le pilotage de la politique de santé publique**
- **La régulation de l'offre de santé en région**

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social et hospitalier.

- Concrètement, les agences régionales **coordonnent** les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.
- La **régulation** comporte une **dimension territoriale**, pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire ; et une **dimension économique** pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

Si on prend pour exemple la région Hauts de France, le développement des maisons de santé pluri professionnelles constitue une priorité du futur Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé Hauts de France, sur l'axe relatif à l'accès aux soins. (65)

Dans les Hauts de France, il existe un **document régional de référence pour l'analyse des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles**. (65)

Ce document a pour objectif de :

- **définir les missions et modalités de mise en œuvre** d'une maison de santé pluriprofessionnelle.
- **préciser les critères nationaux et régionaux requis** pour prétendre à une reconnaissance de maison de santé pluriprofessionnelle par l'ARS, en distinguant les critères de développement et de maturité et des recommandations régionales, contribuant à la plus-value des projets.
- Fournir aux professionnelles de santé des **points de repère**, facilitant la formalisation de leur projet de santé et les guider dans l'évolution de leur projet.

Chaque ARS, possède un ou plusieurs référents pour l'exercice coordonné (maison de santé, centre de santé, pôle de santé, nouveaux modes de rémunération). Au niveau des départements, les délégations territoriales des ARS jouent également un rôle dans le suivi des projets de maison de santé. Elles sont amenées, selon la politique régionale de l'ARS, à conseiller, accompagner, et parfois aider au financement des maisons de santé en projet ou en fonctionnement. (66)

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012 a institué **un fonds d'intervention régional (FIR)** qui finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de (67) :

- la promotion de la santé et de la prévention des maladies, traumatismes, handicaps et pertes d'autonomie
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale
- L'efficience des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels

- Le développement de la démocratie sanitaire (promouvoir les droits des usagers de la santé)

Au vu des différentes missions que finance le FIR, en médecine de ville ; les maisons et pôles de santé, et les centres de santé sont plus adaptés à réaliser ces actions et expérimentations et de ce fait, obtenir les financements en question.

Sur l'année 2017, l'enveloppe du FIR était de 3,254 milliards d'euros, répartis entre les 17 agences de l'ARS (68).

L'ARS gère également les **plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS)** créées par la loi HPST du 21 juillet 2009 et mises en place depuis juillet 2011 ayant pour objectif « *d'informer et faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière* » (69).

Le but est d'avoir un fonctionnement multidirectionnel, pour une mise en relation des différents interlocuteurs entre eux, aussi bien des professionnels de santé, que des patients, des instances ordinales et de santé publique, des associations.

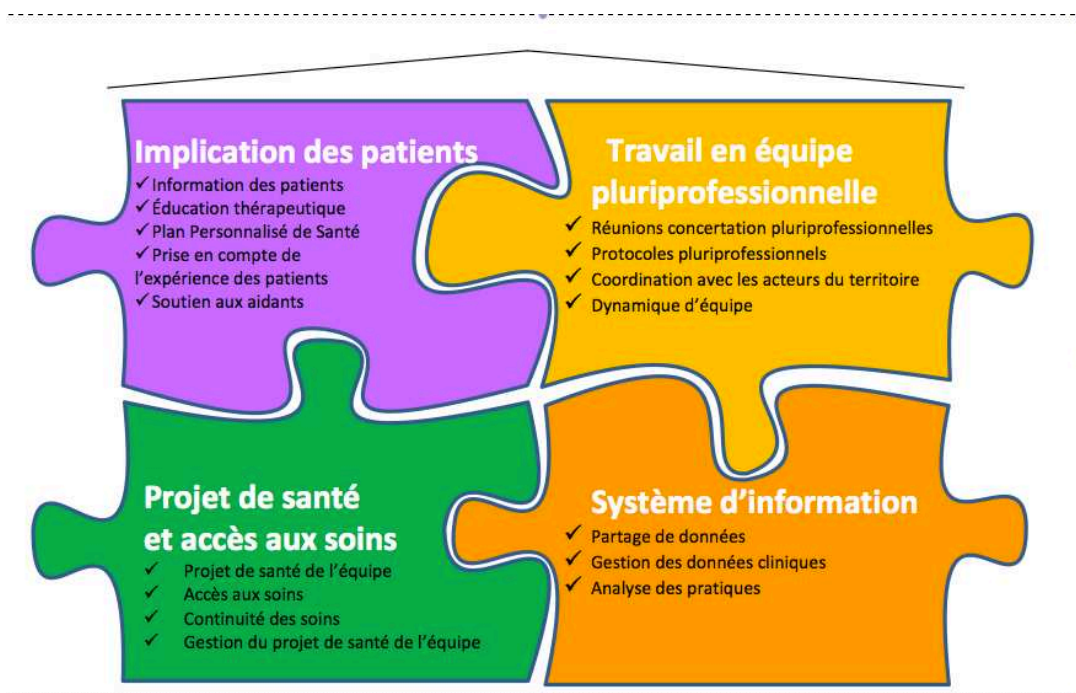
On y trouve également des informations sur les aides existantes en région pour les montages de projets de maisons de santé, sur les aides aux étudiants et sur les formations en région. Elles donnent également accès à C@rtoSanté (70) qui par des cartes interactives détaille l'offre et la consommation de soins sur des territoires à l'échelle régionale, départementale, de cantons et de communes.

### ***I.F.2 La Haute Autorité de Santé (HAS)***

La Haute Autorité de Santé (HAS) a montré dès 2005, son vif intérêt pour les maisons de santé lié au fait que « le regroupement de professionnels de santé améliore la qualité de soins. Elle anime depuis des groupes de travail ayant trait à l'exercice en maison de santé. » (71)

Elle affirme que « *passer d'un exercice isolé à un exercice regroupé présente le double avantage de conditions de travail plus sécurées et attractives et surtout améliore considérablement la coordination des interventions des uns et des autres autour des malades, spécialement ceux vieillissants, polypathologiques et menacés de perte d'autonomie. Dans ce contexte, les professionnels souhaitent mettre en place une organisation qui leur permet un travail en équipe effectif soutenu par un système d'information performant, permettant de répondre aux besoins de la population locale et d'impliquer les patients dans leur propre prise en charge.* » (72)

**En 2013 la HAS établit alors un Référentiel d'analyse et de progression (RAP)** des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires, ayant pour objectif d'aider les équipes pluriprofessionnelles de soins primaires, formalisant un exercice coordonné pluriprofessionnel, à évaluer et améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients. (72)



Ce référentiel est structuré autour de quatre axes inscrits dans une matrice de maturité en soins primaires :

- travail en équipe pluriprofessionnelle
- système d'information
- implication des patients
- projet de santé et accès aux soins

Chacun de ces axes déclinés en 3 à 5 dimensions :

- contribue à organiser une prise en charge de qualité, globale et coordonnée
- est adapté au contexte français des soins primaires

Enfin, en 2014, la HAS met en place un centre de ressources en soins primaires (CdRSP) pour faciliter la préparation de protocoles pluriprofessionnels par les équipes, ayant pour objectif de :

- faciliter la préparation par les équipes de protocoles pluri professionnels
- apporter une réponse aux questions d'ordre organisationnelle ou clinique concernant la pratique pluriprofessionnelle. (73)

### ***1.F.3 Le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie***

En 2009, la **loi hôpital Patients Santé Territoires (HPST)** (74) constitue les premières mesures pour répondre à l'assèchement médical territorial. En modifiant la formation médicale initiale, en régulant la répartition des postes d'internes par régions et par spécialités, en particulier celle de la médecine générale.

Puis est créé le **Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)** en 2012, qui permet aux étudiants volontaires de médecine ou de chirurgie dentaire qui décident de s'installer dans une région qui manque de médecins de bénéficier d'une bourse d'un montant brut de 1200 euros par mois et cela pendant une durée égale à celle de la bourse à partir de la 2<sup>ème</sup> année des études médicales. Ce contrat permet également de bénéficier d'un accompagnement individualisé durant toute la formation et d'un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions.

En 2017, au niveau national 1500 contrats sont effectifs. Alors qu'au niveau régional, dans la région Hauts-de-France, **le nombre de CESP signés a été multiplié par 3,6 entre 2012 et 2016.** (75)

Marisol Touraine (Ministre des Affaires sociales et de la Santé) : « *L'avenir c'est l'exercice collectif. C'est comme ça qu'on répondra au mieux aux besoins des patients.* »



En décembre 2012, le gouvernement et Marisol Touraine mettent en place le **Pacte Territoire Santé (PTS)** pour garantir l'accès aux soins de tous les Français sur l'ensemble du territoire national et lutter contre les déserts médicaux. Il consiste à renforcer le CESP instauré par la loi HPST. (75)

Puis fait suite, la création du **contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)**, afin d'encourager l'activité de nouveaux médecins dans les territoires manquant de professionnels de santé. Ce dispositif a pour but d'aider les jeunes médecins à « sauter le pas » de l'installation libérale. (76)

Ce dispositif est opérationnel depuis septembre 2013 et permet de garantir des revenus et une protection sociale améliorée, en sécurisant leurs deux premières années d'installation. Sous réserve d'un minimum d'activité, le bénéficiaire perçoit un complément de rémunération.

En 2015, est mis en place le **Pacte Territoriale Santé 2 – 2015-2017**, qui comprend 10 engagements parmi lesquels on retrouve l'engagement n°3 : Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains, l'engagement n°7 : Soutenir la recherche en soins primaires, l'engagement n°9 : Soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient qui constituent clairement des engagements en faveur des Maisons de Santé Pluridisciplinaires. (77)

Le **plan national d'accès aux soins** lancé par la Ministre des solidarités et de la santé le 13 octobre 2017, annonce parmi les orientations nationales, le **soutien des maisons de santé pluriprofessionnelles et de tout mode d'exercice coordonné**, afin de favoriser une meilleure organisations des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue. (78)

*« Aujourd'hui, l'enjeu est d'assurer une présence soignante adéquate partout et au moment où cela est nécessaire »*

*« C'est en favorisant les synergies entre les professionnels, les élus et les usagers, que les acteurs locaux pourront construire ensemble un projet de soins mieux adapté aux besoins des usagers. »* Agnès Buzyn - ministre des Solidarités et de la Santé

Le président de la République a fait de la coordination et de l'organisation des soins de ville un enjeu clé de transformation du système de santé. En effet, dans la réforme « **Ma santé 2022** », coordination des soins de proximité et des soins de premier recours, nouvelle organisation des professionnels de santé de ville sont largement mis en avant. (79)

L'Assurance Maladie a ainsi publié les montants du soutien financier versé aux Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), en hausse de 96,7% par rapport à 2016, et qui s'élèvent à un total de 35,6 millions d'euros pour l'année 2017. **En moyenne, chaque Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) a reçu 66 000 euros en 2017.** (80)

Sur l'année 2017, les dépenses du régime général et du fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) atteignent 381 milliards d'euros (81). Les 35,6 millions d'aide représentent donc moins d'1/10 000<sup>e</sup> des dépenses de la sécurité sociale.

L'Assurance Maladie y voit la possibilité d'une meilleure prise en charge des patients porteurs de polyopathologies, et en conséquence, la perspective d'économies liées aux hospitalisations évitées ainsi qu'un renforcement de l'accès aux soins

## **I.G Répondre à une demande et à des objectifs en matière de santé publique**

### ***I.G.1 Garantir l'accessibilité aux soins et maintenir voir renforcer l'offre de soins sur le territoire***

Garantir aux Français un égal accès aux soins et à la santé constitue l'un des enjeux majeurs de la politique de santé menée par le gouvernement (82). En France, au vu de la diminution du nombre de médecins généralistes et de l'évolution des attentes des professionnels de santé, il existe une crainte de l'accentuation des inégalités d'offre de soins, en particulier dans le secteur ambulatoire. Le regroupement des professionnels de santé, constitue un moyen de garantir l'accessibilité aux soins sur le territoire.

En octobre 2015, une étude (83) visant à observer dans quels types d'espaces les maisons et pôles de santé sont implantés et dans quelles mesures ils peuvent avoir un impact sur la démographie médicale, et, donc, s'ils peuvent constituer un moyen de pérenniser l'offre de soins. Cette étude met en évidence que dans les espaces à dominante rurale, on constate :

- que près des trois quarts des maisons de santé y sont implantées
- une localisation de la majorité des maisons de santé dans des espaces moins dotés ou plus fragiles en terme d'offre de soins.
- des structures davantage localisées dans ces espaces moins dotés comparativement aux médecins généralistes, ce qui provoque un maintien de l'offre de soins de premier recours
- une évolution favorable, mais non significative de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec des maisons de santé

Environ 8% de la population soit 5,3 millions de personnes fait face à une situation de faible accessibilité. (82)

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles permettent de :

- **sécuriser l'offre de soins de proximité** en s'engageant à prendre en charge tout nouveau patient sur le territoire qu'elle dessert
- recevoir les patients sur une **grande amplitude horaire**
- **éviter** les problématiques d'accès aux hôpitaux et d'**engorgement des urgences**
- pratiquer des **tarifs opposables** par la majorité des professionnels
- garantir une **offre de consultation de proximité** régulièrement répartie sur le territoire
- **accentuer la prise en charge** des personnes les **plus démunies et des personnes à pathologies chroniques**
- **assurer le premier accès aux soins** : organiser les soins non programmés dans les territoires (84)

### ***1.G.2 Parcours de soins simplifié et fluidifié du patient avec une prise en charge globale***

Un parcours de soins peut se définir comme la tentative de mieux coordonner l'ensemble des étapes relatives aux actions de soins menées autour d'un patient lors de sa maladie, dans l'espace ou dans le temps. (85)

L'émergence de cette vision du soin, plus considéré comme un enchaînement d'événements isolés mais comme un parcours global est surtout importante pour la prise en charge des maladies chroniques et des patients polypathologiques.

Il existe un manque de fluidité dans la communication et des retards qui s'ensuivent dans la prise en charge des malades que ce soit entre le service de spécialité et l'hôpital, entre les hôpitaux et les médecins de ville ou encore entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes.

Afin de réduire les dépenses de santé en milieu hospitalier, il est nécessaire d'optimiser le parcours du patient, en facilitant son accès aux soins.

Pour une plus grande fluidité dans le parcours de soins, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles permettent :

- une **simplification du travail administratif** du personnel soignant
- une structuration des soins avec un éventail de profession de santé dans un territoire défini pour une meilleure prise en charge
- une **meilleure communication entre les professionnels de santé** facilitée notamment par le système d'information utilisé par les professionnels de santé, ainsi que par le Dossier Médical Partagé (DMP)
- **d'éviter la multiplication des informations, des examens, des prescriptions trop importantes** qui engendrent une perte de temps, un coût moral pour le patient ainsi qu'un coût important de dépenses santé pour le patient en temps que contribuable et cotisant, ainsi que pour l'assurance maladie
- une **bonne qualité de la prise en charge et de diagnostic**

- **d'organiser en son sein des consultations de 1<sup>er</sup> et/ou de 2<sup>nd</sup> recours** en coopération avec les professionnels de santé de ville et/ou les établissements de santé du territoire

L'absence de rémunération pour la fonction de coordination entre les différents acteurs n'incite pas à prendre du temps pour la concertation avec les autres professionnels de santé, de plus la tarification à l'acte induit le fait que chacun va chercher à maximiser son intérêt plutôt que de rechercher le parcours efficient pour le patient.

### ***1.G.3 Continuité des soins et contribution à la permanence des soins ambulatoires***

La continuité des soins est définie par « l'information du patient en l'absence de son médecin » (86)

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. (86)

La question de l'accès aux soins dits « non programmés » est un des enjeux du plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins, présenté le 13 octobre 2017 par le Premier ministre et le ministre des Solidarités et de la Santé. (87)

Pour assurer une permanence des soins, les maisons de santé permettent :

- l'accueil de la population sur une **grande amplitude horaire**
- l'organisation de **plages de consultations non programmées** au sein de la maison de santé afin d'accueillir les urgences ressenties
- de **contribuer à la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)**, en définissant à minima les modalités d'information du patient sur l'organisation mise en place dans le territoire aux horaires de permanence des soins ambulatoires

#### ***1.G.4 Coopération entre les professionnels de santé et échanges interprofessionnels facilités***

Chaque professionnel doit constater que la chaîne des soins nécessite une complémentarité des compétences rencontrées aussi chez les autres praticiens, et que le travail en collaboration organisée devient indispensable.(88)

Pour assurer une coopération interprofessionnelle et des échanges réguliers entre les professionnels de santé, les maisons de santé permettent :

- d'avoir des **professionnels formés et coordonnés**
- l'établissement de **protocoles pluriprofessionnels** faisant référence aux recommandations de la HAS
- l'établissement de **Réunions de concertation Pluriprofessionnelle (RCP)** entre les différents professionnels de santé pour les cas complexes
- d'avoir un **logiciel de santé avec dossiers informatisés des patients, partagé** entre les professionnels de santé et labellisé par l'ASIP de niveau « standard » ou « avancé », ainsi que la possibilité de remplir et consulter le Dossier Médical Partagé (DMP)
- aux professionnels de santé d'**exercer de manière collective**, non isolé
- d'avoir une **personne en charge de la fonction de coordination**, soit une personne exerçant au sein de la structure, soit du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette mission
- la formation des jeunes professionnels de santé

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress), deux tiers des médecins généralistes de moins de 40 ans exercent en groupe, contre moins de la moitié de leur confrères de 60 ans ou plus. (89)

#### ***1.G.5 Prise en charge des maladies chroniques et des situations de dépendance ou de handicap***

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, la part de patients atteints de maladies chroniques ne cesse de croître.

La prise en compte par les médecins généralistes de la complexité de la personne nécessite une approche globale où la pluridisciplinarité doit remplacer l'exercice singulier. (90)

Dans sa fiche intitulée « Parcours de soins – Maladie chronique : Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique », l'HAS affirme que dans le contexte libéral, les difficultés d'annonce et de diagnostic des patients ayant des maladies chroniques proviennent souvent de la situation isolée du médecin. Ces situations évoluent cependant grâce à l'émergence de structures de soins telles que les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) (91).

Pour assurer la prise en charge des maladies chroniques et des situations de dépendance ou de handicap, les maisons de santé permettent :

- Elaboration de **protocoles pluriprofessionnels pour des pathologies chroniques ciblées** dans l'accord conventionnel telles que l'insuffisance cardiaque, la BPCO, l'asthme instable, le diabète, ...)
- Elaboration de **Revue de dossier** qui consiste à organiser des concertations formalisées et régulières entre les médecins et autres professionnels de santé autour des cas complexes avec une traçabilité dans le dossier du patient et la possibilité de mettre en place des **plans personnalisés de santé (PPS)**
- La mise en place de séances d'**Education Thérapeutique du patient (ETP)**
- L'**adaptation des locaux** à l'accueil des personnes en situation de handicap
- La possibilité de **vacations de psychologue, diététicienne, assistance sociale** formés à l'éducation du patient et aux problématiques de la maladie chronique (92)
- La possibilité de **vacations de médecins spécialistes du second recours** (cardiologue, ophtalmologue, dermatologue, ...) au sein de la maison de santé

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle peut élaborer, en référence aux recommandations de la HAS, des protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge des cinq catégories de patients visées en annexe 3 du règlement arbitral (93) :

- **Affections sévères compliquées ou décompensées** : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves... ;
- **Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluriprofessionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle** : lombalgies chroniques invalidantes, syndromes anxio-dépressif... ;
- **Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs** (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK, insulinothérapie ;
- **Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté** : sujets âgés fragilisés, plaies chroniques, patients polyopathologiques, soins palliatifs, suivis post AVC... ;
- **Patients obèses** ;
- **Grossesses à risque et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile** ;
- **Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe** par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitance intra familiale.

#### ***I.G.6 Développement d'approches préventives et de promotion de la santé***

Les pratiques cliniques préventives (PCP) comprennent toute interaction individuelle entre un soignant et un individu visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Elles mobilisent l'ensemble des professionnels se coordonnant autour de la santé du patient. (94)



Ces pratiques cliniques préventives (PCP) se situent dans la **promotion de la santé** (processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé), par la participation des praticiens à des actions de prévention plus globale en lien avec les autres acteurs hors du système de santé, et dans la **prévention** au travers des activités visant à (94) :

- éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable
- dépister les maladies
- prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces des maladies chez les personnes présentant des facteurs de risque ou des signes avant-coureurs de maladie

La prévention a été identifiée à plusieurs reprises comme une priorité de la politique de santé en France avec :

- la loi de modernisation de notre système de santé de 2016
- la stratégie nationale de santé de 2017
- le plan national de santé publique en 2018

Pour assurer le développement d'approches préventives, les maisons de santé permettent :

- la mise en œuvre de **missions de santé publique** répondant à des spécificités territoriales
- la **diffusion de messages de prévention** sur les écrans installés dans les salles d'attente
- la mise en place de **journées d'action de dépistage**
- la réalisation de **Bilans de Médication Partagé (BMP)** et des **entretiens AVK/AOD, asthme** grâce au pharmacien
- la mise en place de **programmes d'éducation thérapeutique**

La Maison de Santé Pluriprofessionnelle doit mener des **missions de santé publique** répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) parmi la liste des thèmes suivants (95):

- actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale
- lutte contre la tuberculose
- surpoids et obésité chez l'enfant

- souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 15 ans
- prévention du suicide
- prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie)
- prévention périnatale et suivie des femmes en situation de précarité
- éducation thérapeutique (ETP) et éducation de la santé

## **II. Particularité juridique des équipes de soins primaires**

### **II.A Une insécurité juridique**

Un des freins quant au développement des maisons de santé était la fragilité et la complexité juridique de ce type de structure. En effet, les sociétés civiles de droit commun existantes (SEL : Société d'Exercice Libérale ou SCP : Société Civile Professionnelle) n'autorisent pas l'association de professions différentes (par exemple un médecin et une profession paramédicale). De plus, le partage du dossier médical du patient n'est pas autorisé entre les différentes professions médicales et paramédicales.

Traditionnellement, la forme juridique privilégiée était soit la SCM (Société Civile de Moyens), soit l'Association de la loi 1901. Mais ces structures n'étaient pas adaptées, en particulier pour des raisons fiscales.

En 2009, Hubert Falco, secrétaire d'Etat à l'aménagement du territoire, Fadela Amara, secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville et Roselyne Bachelot, ministre de la Santé propose une mission pour « Identifier les facteurs de réussite des maisons de santé, ainsi que les obstacles à leur déploiement ». Cette mission sera alors coordonnée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales. (95)

Dans les sept séries de mesures, proposées par la mission, on trouve notamment (95) :

- **l'adoption d'un nouveau cadre juridique** : « Le développement de ces modèles exige leur sécurisation financière et juridique. Cette préconisation induit la création d'un statut juridique spécifique. »
- **la promotion des nouveaux modes de financement** : « une nouvelle impulsion doit être donnée, vers la recherche de paiements mixtes, forfaitaires et à l'activité »

## **II.B La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)**

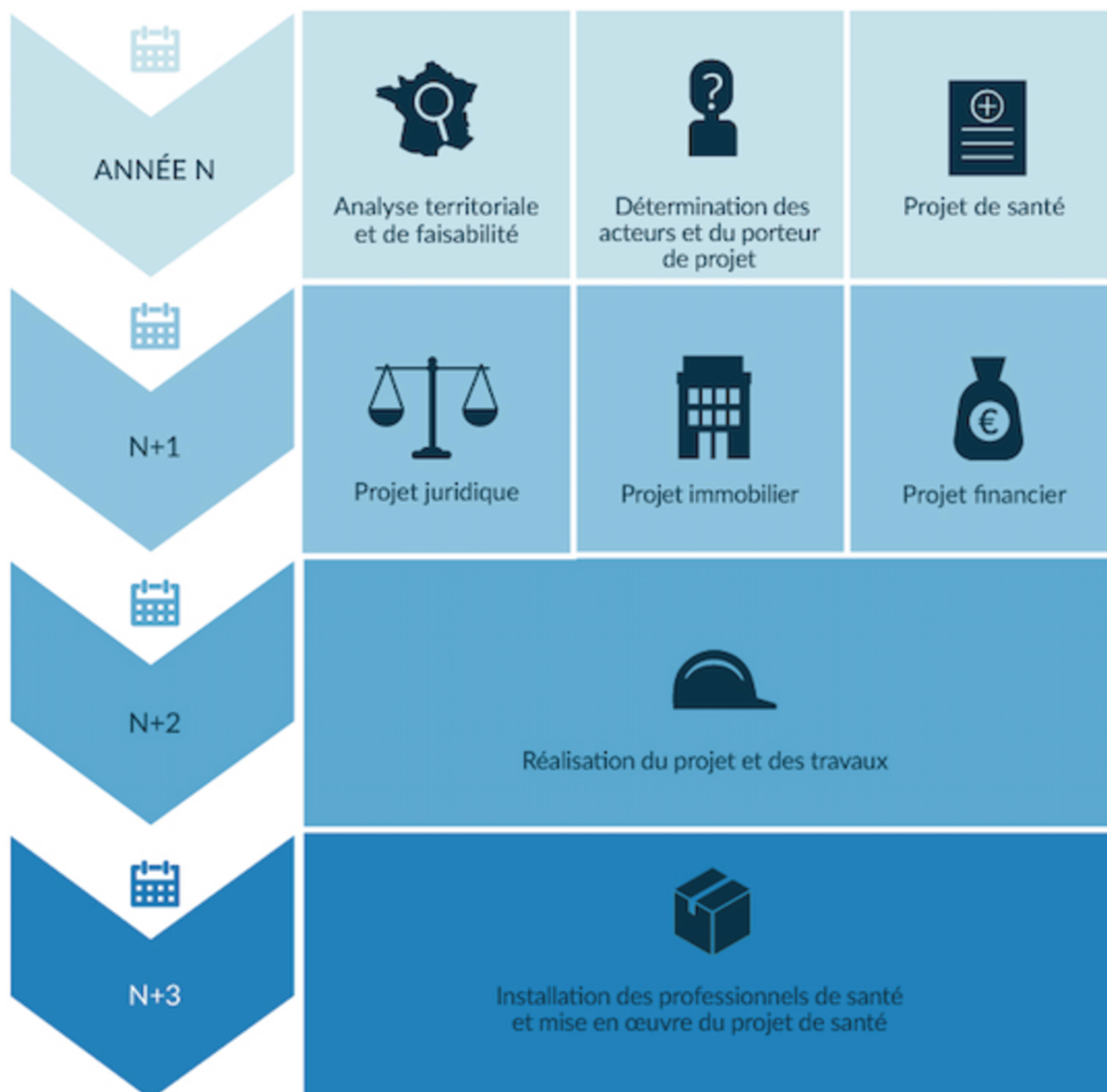
Afin de contrer cela et répondre à cette mission, une loi proposée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade a été votée le 10 août 2011 (96). Cette loi permet la création d'un nouveau type de société civile : les **sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ou SISA**. Cette forme de société est propre aux maisons de santé et il est maintenant possible de se regrouper entre professions de santé différentes. Un pas est donc fait vers le renforcement du statut juridique des MSP. Ainsi, un des freins à leur développement rapide et à grande échelle a été levé.

Les dispositions de la loi HPST et la **loi Fourcade** dont le Décret d'application date du 25 mars 2012 apportent un cadre juridique à des évolutions qui, au cours des dernières années, ont contribué au développement de nouvelles formes d'organisation des soins de premiers recours :

- l'affaiblissement du modèle traditionnel de la médecine libérale, notamment du principe de la rémunération à l'acte
- les difficultés de remplacement des départs à la retraite d'une génération de médecins exerçant individuellement en milieu rural ou dans des petites villes
- L'importance de la prise en charge des personnes âgées et des personnes souffrant de maladies chroniques
- La féminisation de la profession de médecin
- La diminution de la proportion de jeunes médecins qui choisissent de s'installer.

# CONCEVOIR UNE MSP

## LES MOMENTS CLÉS



Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Exercice-liberal/Creer-une-maison-de-sante/creer-une-msp-guide>

### ***II.B.1 L'aspect juridique***

Le 7° de l'article 8 du code général des impôts (CGI), soumet expressément les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) mentionnées à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique (CSP) au **régime fiscal des sociétés de personnes.** (97)

Il est rappelé que la SISA a été créée par l'article 1<sup>er</sup> de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il s'agit d'une société civile régie par les articles 1832 et suivants du code civil et par les dispositions codifiées de l'article L. 4041-1 du CSP à l'article L.4043-2 du CSP.

Elle est constituée uniquement entre personnes physiques qui exercent une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et doit comprendre **au minimum deux médecins généralistes et un auxiliaire médical.**

Son objet social doit consister en :

- la **mise en commun de moyens** pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun des associés ;
- **l'exercice en commun, par ses associés**, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

Par exception au cas général des sociétés civiles visées au 1° de l'article 8 du CGI, les SISA mentionnées à l'article L. 4041-1 du CSP relèvent du régime fiscal des sociétés de personnes, y compris lorsqu'elles se livrent à une exploitation ou à des opérations visées à l'article 34 du CGI et à l'article 35 du CGI, par exemple lorsqu'un de leurs membres est un pharmacien ou lorsqu'elles donnent en location à leurs membres des locaux munis du mobilier ou du matériel nécessaires à l'exercice de leur profession.

Ainsi, les bénéfices réalisés par les SISA, quelle que soit la nature de l'activité de la société (mise en commun de moyens ou exercice en commun d'activités), sont imposés au nom de chacun des professionnels de santé associés, à proportion de leurs droits dans la société, à l'impôt sur le revenu : dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) lorsque les droits détenus par l'associé sont inscrits à l'actif d'une entreprise dont les résultats sont imposables dans cette catégorie de revenus (cas notamment du pharmacien) en application du I de l'article 238 bis K du CGI ; dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC), dans les autres cas (cas en principe des autres professionnels de santé) en application du II de l'article 238 bis K du CGI.

En complétant la liste des sociétés énumérées au 3 de l'article 206 du CGI, l'article 102 de la loi n°2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificative pour 2016 permet aux SISA d'opter pour leur assujettissement à l'impôt sur les sociétés dans les conditions prévues à l'article 239 du CGI, pour les exercices ouverts à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

### ***II.B.2 L'analyse territoriale***

#### ***- Territoire d'intervention :***

Dans un premier temps, il convient de constituer un territoire d'intervention pour le projet. En effet, il est important de définir quelles communes et quels quartiers seront concernés par ce projet de santé ? Quelle population définie trouvera une réponse à une demande de soins auprès de la maison de santé ?

Cette notion de territoire d'intervention aura un double intérêt :

- cibler la population à soigner
- cibler tous les partenaires potentiels du projet (soutien des collectivités locales du territoire défini)

- Analyser l'offre de soins existante sur le territoire :

La maison de santé doit nécessairement faire un état des lieux de **l'offre de soins de premier recours** déjà présente sur son territoire d'intervention, pour chaque profession représentée au sein de la structure.

Elle doit également faire un état des lieux de **l'offre de soins de second recours**, libérale et/ou hospitalière, ainsi que le service d'urgence et le SMUR de référence du territoire d'intervention.

Le nombre d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EHPAD) et de personnes handicapées peut aussi s'ajouter à l'état des lieux.

Une analyse stratégique de l'organisation des soins sur le territoire est essentielle, avec notamment l'âge des professionnels déjà installés et leurs éventuels souhaits.

- Analyse des besoins de soins sur le territoire

Il existe généralement des données auprès des ARS sur les besoins de soins à l'échelle cantonale, ainsi que la liste des motifs d'admission en affections de longue durée (ALD) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie dans les cantons concernés. Il est utile de s'y référer.

Une analyse des grandes caractéristiques de la population située sur le territoire d'intervention doit être établie :

- **profil démographique :**

- évolution démographique
- sur ou sous représentation de certaines classes d'âge (surtout personnes âgées et enfants)

- **profil social :**
  - taux de bénéficiaires CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire)
  - taux de bénéficiaires AME (aide médical de l'état)
  
- **profil pathologique :**
  - taux de vaccination
  - pathologies les plus fréquentes rencontrées

Cette analyse doit être comparée aux moyennes départementales, régionales et/ou nationales pour pouvoir être utilisées.

### ***II.B.3 Constitution d'une équipe professionnelle***

L'initiative d'un projet de MSP peut revenir à tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours. Les collectivités territoriales peuvent faciliter et aider à l'émergence de ce type de projet.

Les premiers acteurs d'une maison de santé sont les professionnels de santé du territoire. Il est donc important d'obtenir leurs pleines adhésion et mobilisation nécessaires à la réussite du projet. (98)

L'équipe pluriprofessionnelle socle d'une maison de santé se compose de professionnels de santé libéraux de 1<sup>er</sup> recours et **à minima de 2 médecins généralistes et 1 professionnel paramédical** (infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...)

La maison de santé pluriprofessionnelle fédère des professionnels de soins primaires et de soins secondaires, qui au sein de cette structure de santé pluriprofessionnelle, pourront bénéficier :

- d'un exercice coordonné pour prendre en charge les patients
- d'échanges interprofessionnels facilités



- d'une souplesse dans l'organisation et la gestion du temps de travail
- d'une mutualisation des frais de fonctionnement du cabinet professionnel
- d'une rémunération spécifique pour la structure s'ajoutant à votre rémunération de santé

Il faut bien comprendre que seuls les professionnels de santé au sens du code de santé publique peuvent intégrer l'équipe de la maison de santé pluriprofessionnelle (99):

- professions médicales :
  - médecins (généralistes et spécialistes)
  - chirurgien dentiste et orthodontiste
  - sage femme
- professions de la pharmacie :
  - pharmacien (titulaire d'officine, adjoint d'officine, biologiste)
  - préparateur en pharmacie
- auxiliaires médicaux :
  - Infirmier
  - Masseur kinésithérapeute, Pédicure podologue, Ergothérapeute, Psychomotricien
  - Orthophoniste, orthoptiste
  - Manipulateur d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoire médical
  - Audioprothésiste, Opticien-lunetier, prothésiste
  - Orthésiste
  - Diététicienne
  - Aide soignant(e), auxiliaire de puériculture et ambulancier

Il peut toutefois y avoir un autre professionnel qui signe le projet de santé si celui ci prévoit une intervention pour la mise en œuvre des actions prévues sans intégrer la maison de santé !

Des médecins spécialistes, membres à part entière ou par convention avec d'autres opérateurs, peuvent y exercer.

## Répartition des professionnels dans les MSP (données au 13 mars 2017)

	Effectifs dans les maisons ouvertes	Nombre moyen de professionnels par MSP
<b>Personnels médicaux</b>	4297	5,0
<i>dont médecins généralistes</i>	3536	
<b>Paramédicaux</b>	7771	9,1
<i>dont infirmiers</i>	4334	
<i>dont masseurs kinésithérapeutes</i>	1717	
<b>Chirurgiens-dentistes</b>	541	1,6
<b>Pharmaciens</b>	810	2,3
<b>Total</b>	<b>13 419</b>	

*Source : DGOS - Observatoire des maisons de santé pluri-professionnelles*

### **II.B.4 Constitution d'un projet de santé :**

Le projet de santé est **élaboré par l'ensemble des professionnels** exerçant au sein de la structure. Il précise le projet mis en œuvre par les professionnels pour assurer la prise en charge des patients sur un territoire défini, que ce soit en termes de prévention, d'accès et continuité des soins ou de coordination des prises en charge.

Ce projet de santé doit être **en conformité avec le Projet Régional de Santé (PRS)** lui même inspiré du cahier des charges national des maisons de santé pluri-professionnelles, du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au journal officiel du 27/02/2015 et du référentiel d'analyse et progression des regroupements pluri-professionnels de soins primaires (matrice de maturité) de la HAS.

Tout en sachant que ce projet est **évolutif**, et que son contenu est adaptable.

Par ailleurs, des professionnels ou structures du monde médico-social ou social peuvent, au delà des professionnels de santé être signataires s'ils concourent à la réalisation du projet de santé, mais ne peuvent en revanche pas être signataires des statuts de la SISA et de ce fait l'intégrer.

**Seules les structures ayant élaboré un projet de santé** peuvent obtenir la dénomination de « maisons de santé » et ainsi prétendre à **accéder aux nouveaux modes de rémunération**, puisqu'elles en constituent une condition sine qua non.

Les professionnels de santé restent cependant libres et responsables du contenu de leur projet de santé.

### ***II.B.5 Projet immobilier et projet financier :***

Plusieurs financements sont possibles :

- financement **privé par les acteurs**
- financement **privé par des investisseurs**
- financement **par les aides publiques** : Contrat État-Région, conseils régionaux et généraux, les communes et groupements de communes, DETR (dotation d'équipement des territoires ruraux)
- financement **par les fonds européens** : FEDER (Fonds européen de développement régional), FEADR (Fonds européen agricole pour le développement rural)
- financement **par des aides spécifiques** : MSA (mutuelle sociale agricole) pour les zones rurales

**Aides financières mobilisables pour un projet de maison de santé (100)**

Objet	Objet précis	Fonds ou organisme financeur
Etudes préalables	Etudes de faisabilité, d'opportunité, études territoriales	FIR (Fonds d'intervention régional) Conseils généraux Communes ou communautés de communes
Investissement	Construction ou rénovation en rural	FEADER ou FSE FNADT DETR Conseils régionaux Conseils généraux
	Construction ou rénovation en urbain	FEDER ou FSE FNADT Conseils régionaux Conseils généraux ANRU
	Matériel médical	FIR
	Système d'information	FIR FEDER
Fonctionnement	Frais de personnel Maintenance informatique Indemnisation des soignants pour la coordination	FIR ARS
	Projets de santé publique, éducation thérapeutique, coordination avec le social	FIR ARS

### ***II.B.6 Système d'information (objectif du système d'information et partage des informations)***

Le système d'information est **indissociable** de ces nouvelles organisations visant à mieux coordonner les différentes interventions.

D'ailleurs pour pouvoir prétendre à accéder aux nouveaux modes de rémunération, les professionnels de santé doivent être dotés d'un **système d'information partagé labellisé « standard » ou « avancé »** par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (**ASIP Santé**).

La liste des logiciels labellisés ainsi que leur niveau de labellisation sont accessibles sur le site internet de l'ASIP santé.

Les professionnels de santé partageant un projet de santé en MSP peuvent partager des données, **sous réserve de consentement** exprès des patients.

Le 4<sup>ème</sup> alinéa de l'article L1110-4 du Code de Santé Publique indique que (101) :

*« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :*

- 1. Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;*
- 2. De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6223.*

*La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »*

Les objectifs du système d'information sont multiples :

- **tenir à jour** les dossiers des patients
- **partager des informations** sur les patients avec les autres professionnels de santé de la maison de santé
- **extraire et traiter des données** pour connaître la santé de la population suivie, évaluer les besoins de soins et les résultats des soins
- De manière proactive, **programmer ou relancer les patients** dans le cadre d'un dépistage organisé ou de suivi de vaccinations
- **Analyser la situation** d'un patient lors d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP)

Pour une bonne coordination des soins, le système d'information au sein d'une maison de santé doit prévoir au minimum un dossier patient unique et partagé comprenant un document médical de synthèse. Les données doivent être extractibles pour permettre des analyses sur les patients suivis par la maison de santé.

Le partage d'informations entre les soignants exerçant en maison de santé représente une avancée majeure. Il permet aux différents acteurs de l'équipe (médecin, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute, ...) d'avoir accès à l'information concernant le patient qui les consulte, dans son dossier électronique, pour délivrer des soins pertinents en toute sécurité.

## **II.C Les nouveaux modes de rémunération**

Les nouveaux modes de rémunération incitent à une **plus grande efficacité des actes et des différentes prescriptions**. La France reste à un niveau de consommation de médicaments par habitant élevé au regard des autres pays, et de nombreux recours ne sont pas justifiés (ex : antibiotiques). Les examens biologiques ou d'imagerie sont nombreux et parfois redondants, et les dépenses de transport semblent plus dynamiques que justifiées. (102)

### ***II.C.1 Historique des nouveaux modes de rémunération***

Afin de moderniser l'organisation des soins de santé primaires en France, le Ministre de la Santé porte une expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) depuis 2008 prévue à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette expérimentation d'une durée de 5 ans ne vise pas à supprimer totalement le paiement à l'acte mais à trouver une mixité des formes de paiement comme c'est déjà le cas au Royaume Uni, au Pays Bas, ou encore en Allemagne. (103)

- Entre 2010 et 2015 : mise en place de l'**expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)**
- Le 23 février 2015, suite à l'échec des négociations conventionnelles, un **Règlement Arbitral « RA »** a permis la généralisation des **NMR (nouveaux modes de rémunération)**
- Le 20 avril 2017, l'**Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)** permet la pérennisation des NMR favorisant le travail pluriprofessionnel. Cet Accord conventionnel Interprofessionnel (ACI) est contractualisé pour 5 ans. Il a été approuvé par arrêté le 24 juillet 2017 et publié au journal officiel du 5 août 2017

### ***II.C.2 Prérequis pour l'éligibilité aux nouveaux modes de rémunération***

Les structures éligibles aux nouveaux modes de rémunération (NMR) sont :

- les **maisons de santé** mono-sites ou multi-sites constituées sous une forme juridique type société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), dont les membres s'engagent à se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat
- les **centres de santé** n'ayant pas adhéré à l'accord national des centres de santé du 30 septembre 2015

De plus, ces structures doivent obligatoirement :

- avoir **élaboré un projet de santé**, validé par l'ARS, en cohérence avec le projet régional de santé (PRS)
- établir un **contrat d'une durée de 5 ans entre l'équipe pluriprofessionnelle de la MSP, la CPAM, l'ARS** (contrat tripartite)
- S'assurer d'être en mesure de **répondre aux engagements socle prérequis** auxquels la MSP doit répondre en signant les ACI.

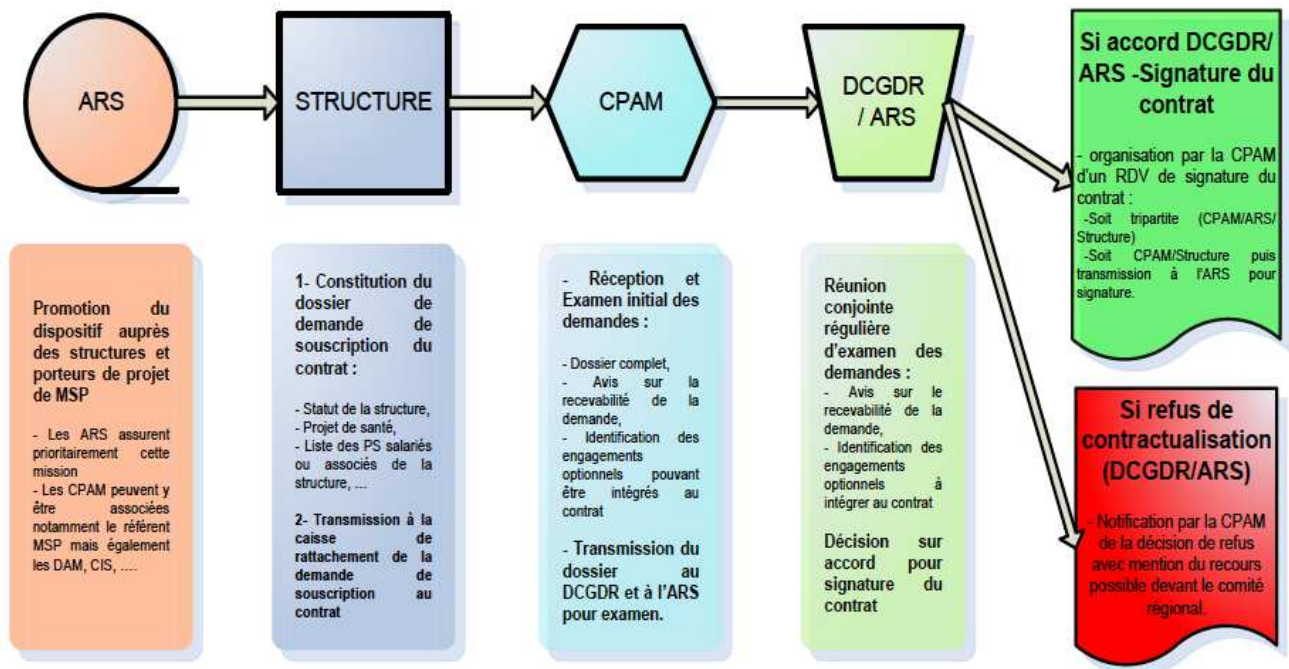
*Nota : les centres de santé qui peuvent bénéficier de l'ACI sont uniquement les centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national des centres de santé du 30 septembre 2015 et qui de ce fait peuvent adhérer à ce contrat, cela reste donc plutôt rare.*

### **II.C.3 Etapes pour la contractualisation**

- Demande de contractualisation auprès de la CPAM
- Constitution du dossier de demande par la MSP :
  - Projet de santé de la structure
  - Statuts de la structure
  - Missions de santé publique sur lesquelles la structure s'est engagée conformément aux dispositions prévues à l'article 2.1 du présent contrat
  - La liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure
  - La liste des professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure
  - La liste des professionnels assurant des vacations au sein de la structure
  - La liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé signataire. Et tout autre document facultatif qui pourrait faciliter l'examen de la CPAM et de l'ARS
- Transmission de la candidature à la CPAM
- Réception et examen initial des demandes par la CPAM
- La CPAM transmet la candidature à l'ARS



## Circuit de traitement des demandes de contractualisation (104)



### *II.C.4 Présentation générale de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)*

L'ACI s'appuie sur :

- Un **contrat type national, tripartite** entre :
  - La **structure** (maison de santé ou centre de santé éligible)
  - La **caisse d'assurance maladie** (CPAM/CGSS) de rattachement de la structure
  - L'**Agence Régionale de Santé (ARS)** dont dépend la structure

Le contrat est basé sur :

- L'atteinte de différents types d'indicateurs :
  - des indicateurs **socles et prérequis**
  - des indicateurs **socles**
  - des indicateurs **optionnels**

- Le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures chaque année, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de 3 axes :
  - 1. **L'accès aux soins**
  - 2. **Le travail en équipe**
  - 3. **L'utilisation d'un système informationnel partagé**

INDICATEURS	INDICATEURS SOCLES ET PREREQUIS	INDICATEURS SOCLES	INDICATEURS OPTIONNELS
<b>AXE 1 : ACCES AUX SOINS</b>	<b>Horaires d'ouverture</b> : ouvrir de 8h à 20h, samedi matin et congés scolaires (possibilité d'avoir des horaires minorés → baisse de la rémunération)	Pas d'indicateur socles	Mettre en place des missions de santé publique
	<b>Soins non programmés</b> : organiser l'accès à des soins non programmés		Offrir une diversité de soins médicaux spécialisés, de pharmaciens et de soins paramédicaux
<b>AXE 2 : TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION</b>	<b>Coordination</b> : la fonction doit être assurée par des personnes exerçant dans la structure ou par un recrutement spécifique	Elaborer des protocoles pluri professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé	Former des jeunes professionnels de santé
		Organiser des réunions de concertation pluri professionnelle entre les professionnels de la structure autour des cas de patients	Mettre en place une procédure de coordination externe (transmission des données de santé)
<b>AXE 3 : SYSTEME D'INFORMATION</b>	Mettre en œuvre un système d'information labellisé de niveau « standard » par l'ASIP santé	Pas d'indicateur socle	Mettre en place un système d'information labellisé ASIP de niveau avancé

La structure s'engage sur :

- les **indicateurs socles et prérequis** : qui conditionnent le déclenchement du calcul de la rémunération
- les **indicateurs socles** qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée

En ce qui concerne les **indicateurs optionnels**, la structure a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs ; ils permettent un complément de rémunération.

### ***II.C.6 Fonctionnement du calcul des rémunérations***

La rémunération se calcule en tenant compte des éléments suivants :

- l'atteinte des indicateurs
- la patientèle de la structure
- la patientèle des médecins traitants de la structure
- la file active de la structure
- le taux de précarité de la structure
- le nombre de professionnels de santé associés
- le nombre de points

Chaque engagement est associé à un nombre de points. La **valeur du point est de 7 euros.**

Pour chaque critère, la rémunération peut avoir :

- une part fixe
  - une part variable (fonction de la patientèle de la structure, sur une base calculée pour une patientèle moyenne de 4000 patients)
- Indicateur avec point fixe :

Rémunération = nombre de points fixes x 7 euros

- Indicateur à points variables en fonction de la patientèle :

Rémunération = nombre de points variables x (patientèle de la structure/4000 x 7euros)

(4000 correspondant à la patientèle de référence)

- Indicateur sur le système d'information :

Le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

- Application d'une majoration de précarité :

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure (patients CMU-C et AME). En effet, on prend le taux de précarité de la structure à la différence du taux national pour les CMU-C et les AME. Puis on additionne les deux.

La majoration de précarité est plafonnée à 25%.

**La rémunération est versée à la structure (SISA) et non à chaque professionnel de santé associé.**

La rémunération est composée de 2 parts et est versée pour une année civile :

➤ **Avance + solde (versé en avril N+1) = rémunération totale**

Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant correspondant à l'atteinte à hauteur de 100% des indicateurs socles et prérequis, et socles.

Concrètement, une avance sera versée par l'assurance maladie à la structure constituée en SISA, dans les trois mois suivants la signature du contrat. Le solde de la rémunération interviendra au plus tard le 30 avril de l'année N+1 au regard des résultats définitifs constatés pour les différents engagements du règlement arbitral.

La Fédération Française de Pôles et Maisons de Santé (FFMPS) a mis en place sur son site internet une « calculette ACI : pour estimer les rémunérations ». Cet outil est mis à jour régulièrement et permet d'avoir une estimation selon les indices prévus dans l'Accord Conventionnel interprofessionnel signé en 2017. Il n'a pas de valeur contractuelle et n'engage pas l'Assurance Maladie ni la FFMPS.

On y accède à l'adresse sur le site de la FFMPS « «Calculette ACI : pour estimer les rémunérations ».

### Exemples de calcul de la rémunération :

- Si on prend l'exemple du calcul de la rémunération pour l'indicateur « horaires d'ouverture » de l'axe 1 « Accès aux soins » :

Il constitue un indicateur **socle-prérequis**. Pour répondre à cet indicateur, la structure doit assurer des horaires d'ouverture et des soins non programmés :

- de 8h à 20h en semaine
- le samedi matin
- pendant les congés scolaires

L'indicateur « Horaires d'ouverture » est constitué uniquement de points fixes, il n'y a pas de part variable. La rémunération maximum possible est  $7 \times 800 \text{ points} = 5\,600$  euros.

**Points fixes = 800 points avec minorations possibles de :**

- 60 points : si la structure a une amplitude horaire d'ouverture comprise entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et est ouverte le samedi matin
- 150 points : si la structure a une amplitude horaire d'ouverture comprise entre 8h et moins de 10h par jour en semaine et est ouverte le samedi matin
- 120 points : si la structure est fermée le samedi matin
- 20 points : si la structure est fermée pendant les congés scolaires dans l'année (avec un maximum de 3 semaines autorisées)

Situation	Exemple 1 :	Exemple 2 :	Exemple 3 :
	Structure ouverte de 9h à 19h (soit 10h/jour) du lundi au vendredi et le samedi matin	Structure ouverte de 9h à 18h (soit 9h/jour) du lundi au vendredi et fermée le samedi matin	Structure ouverte de 9h à 16h (soit 7h/jour) du lundi au vendredi et fermée le samedi matin
Indicateur atteint	Oui	Oui	Non
Nombre de points	<b>800 – 60 = 740 points</b> → minoration ouverture entre 10h et 12h par jour	<b>800 – 150 – 120 = 530 points</b> → minoration ouverture entre 8h et 10h/jour + minoration fermeture samedi	<b>0 points</b> → <u>la structure doit être ouverte au minimum 8h/jour en semaine</u>
Rémunération	<b>5 180 euros</b>	<b>3 710 euros</b>	<b>0 euro</b>

A noter que la structure dans l'exemple 3, ne pourra pas toucher d'ACI étant donné que « les horaires d'ouverture » constituent un indicateur socle et prérequis. La demande de contractualisation sera alors rejetée.

- Si on prend l'exemple du calcul de la rémunération pour l'indicateur « Fonction de coordination » de l'axe 2 « Travail en équipe » :

Il constitue un indicateur **socle-prérequis**. La fonction de coordination doit être assurée, soit par des personnes exerçant déjà au sein de la structure, soit par une personne recrutée spécifiquement.

Cet indicateur est constitué :

- d'une **part fixe : 700 points**
- d'une **part variable en fonction de la patientèle** : 1 350 points par tranche de 4 000 patients jusqu'à 8 000 patients et 1 000 points par tranche de 4 000 patients au delà de 8 000 patients. (proratisé en fonction de la patientèle)

<b>Situation</b>	<b>Exemple 1 :</b>	<b>Exemple 2 :</b>	<b>Exemple 3 :</b>
	Structure ayant 3500 patients	Structure ayant 7000 patients	Structure ayant 12 000 patients
<b>Points fixes</b>	<b>700 points</b>	<b>700 points</b>	<b>700 points</b>
<b>Points variables</b>	$1\,350 \times (3\,500/4\,000) =$ <b>1 181 points</b>	$1\,350 \times (7\,000/4\,000) =$ <b>2 362 points</b>	$1\,350 \times (8\,000/4\,000) + 1\,000 \times (4\,000/4\,000) =$ <b>3700 points</b>
<b>Rémunération</b>	$1\,181 + 700 = 1\,881$ points Soit $1\,881 \times 7 =$ <b>13 167 euros</b>	$2\,362 + 700 = 3\,062$ points Soit $3\,062 \times 7 =$ <b>21 434 euros</b>	$3700 + 700 = 4\,400$ points Soit $4\,400 \times 7 =$ <b>30 800 euros</b>

### ***II.C.7 Utilisation de ces ACI***

Il faut savoir que l'équipe n'a aucun compte à rendre aux Caisses d'Assurance Maladie et à l'ARS sur la manière dont elle a utilisé les subventions reçues.

On peut répertorier quelques postes de dépenses fréquents (liste non exhaustive) :

- **Equipement et matériel pour la mise en œuvre de la coordination :** matériel informatique, logiciel, équipement de soins ou de diagnostic médical
- **Indemnisation des professionnels de santé :** pour le temps passé à des réunions et actions de coordination, pour le temps passé par certains professionnels de santé à rédiger des travaux (RCP, protocoles, missions de dépistage, ...)
- **Embauche :** temps partiel de coordination (interne ou externe)



- **Formation** : participation à des colloques ou séminaires, formation d'un membre de l'équipe pour pallier une carence de compétence identifiée sur le territoire

Les sociétaires de la SISA sont responsables des dettes de la société sur leurs biens propres. Il est donc important d'éviter d'engager la SISA sur des crédits à long terme ou des postes salariés sans provisionner un licenciement éventuel.

Il est également important d'éviter de leur imputer les frais fixes de la structure, étant donné que le contrat est signé pour une durée de 5 ans, et qu'il pourrait ne pas être reconduit. Cependant, les locaux peuvent être pris à bail par la SISA qui sera alors locataire.

## Partie III : Les perspectives : une chance pour le pharmacien

Les autorités publiques ont la volonté que notre système de santé ajoute à l'approche curative, une approche préventive, avec un **système centré sur le patient et la qualité des soins**.

Les pharmaciens sont de plus en plus nombreux à rejoindre les maisons de santé. Au sein de ces structures, ils **coopèrent** au quotidien avec les autres professionnels pour **optimiser les prescriptions, éduquer les patients**. En effet, le pharmacien de maison de santé est considéré comme « l'expert du médicament », par les autres professionnels de santé. Ils ont également un rôle très important pour l'**orientation dans le système de soins**.

Aujourd'hui le cadre réglementaire permet aux pharmaciens de s'impliquer plus facilement dans l'exercice coopératif.

### I. Vision parcours de soins/patient

#### I.A Un intérêt croissant des pharmaciens pour la démarche de coopération (105) (106)

- 20% des pharmaciens sont engagés dans une démarche de coopération entre professionnels de santé
  - parmi les pharmaciens engagés dans un protocole de coopération :
    - 87% le sont avec un médecin
    - 86% le sont avec un infirmier
    - 61% le sont avec un autre professionnel de santé
- 61% des pharmaciens déclarent participer à l'éducation thérapeutique ou à des actions d'accompagnement du patient
- 2,4 pharmaciens en moyenne par maison de santé (107)
- 10% des pharmaciens déclarent être pharmacien référent pour un établissement médico-social dépourvu de pharmacie à usage interne (PUI)

## **I.B Des médecins généralistes favorables à l'intégration du pharmacien (108)**

Une thèse de pharmacie a été réalisée sur « la place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels – les attentes des médecins généralistes » :

A la question, serait-il pertinent que le pharmacien soit présent au sein de la MSP ?

- 53% des médecins sont tout à fait d'accord
- 35% sont assez d'accord
- 12% sont peu d'accord

Les principales motivations pour l'intégration du pharmacien de la part des médecins sont :

- l'apport de ses compétences
- l'intérêt pour le travail collaboratif
- l'amélioration de la communication

## **I.C Des patients demandeurs**

D'après une étude, le **pharmacien** est perçu comme le **premier interlocuteur santé du patient**. (110)

Cette enquête de « Avenir Pharmacie » met en avant ce que les patients attendent de leurs pharmaciens (109) (110) :

- 68% des patients trouveraient utile, en cas d'hospitalisation prévue, d'avoir un entretien de quinze minutes avec leur pharmacien pour répondre à leurs questions et préparer leur retour à la maison.
- La grande majorité des patients trouve important d'établir une bonne communication entre l'équipe officinale et les médecins.
- 63% des patients estiment que le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible entre médecin, pharmacien et infirmier.

- 74% des patients sont favorables à une autorisation pour le pharmacien d'effectuer le suivi et de renouveler les ordonnances relatives aux pathologies chroniques.
- 88% des patients font confiance à leur pharmacien pour leur donner des conseils appropriés en cas d'urgence santé.
- Le taux de patients intéressés par des dépistages en pharmacie est élevé et variable en fonction des troubles.

Le pharmacien constitue, pour le patient, une des étapes majeures de son parcours de soins, à savoir la première porte d'entrée.

#### **I.D Des nouvelles missions pour une valeur ajoutée auprès des patients**

Avec l'arrivée des entretiens pharmaceutiques en 2013 et du bilan partagé de médication (BMP) en 2018, le pharmacien participe activement à l'information, la prévention et l'éducation du patient.

Il possède un rôle primordial sur l'observance médicamenteuse du patient, notion clé de l'efficacité de la prise en charge. (111)

Le pharmacien exerçant au sein d'une maison de santé a également la possibilité de développer certains marchés comme la préparation des doses à administrer (PDA) et le Maintien à Domicile (MAD) (112), ce qui permet une prise en charge de qualité globale et complète du patient.

La **Préparation des Doses à Administrer (PDA)** constitue la préparation en piluliers d'un traitement médicamenteux de façon personnalisée et selon la prescription du médecin. Elle s'effectue généralement en pharmacie d'officine, pour les patients à domicile et en EHPAD. La PDA, permet de favoriser l'observance thérapeutique. Elle est aujourd'hui sous utilisée pour les patients à domicile. L'exercice coordonné pourrait constituer un axe intéressant pour son développement.

En ce qui concerne le **maintien à domicile (MAD)**, il est primordial de se faire connaître des prescripteurs (médecins généralistes, médecins spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers, ...). En effet, cette activité fait partie intégrante du métier de pharmacien d'officine et va se développer les prochaines années avec le vieillissement de la population.

Le pharmacien peut et doit jouer un rôle prépondérant dans ce domaine afin de développer de nouveaux services de proximité et de fidéliser sa patientèle.

Près de 70% des patients ignorent qu'il est possible de trouver du matériel médical dans leur officine. (113)

Les pharmaciens jouent un rôle primordial dans les trois champs de la **prévention** :

- prévention primaire : promotion de comportements favorables à la santé et à la vaccination
- prévention secondaire : dépistage et prise en charge précoce
- prévention tertiaire : prévention des complications des maladies, iatrogénie

Au sein de la maison de santé, le pharmacien participe aux **réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP)** autour des cas de patients complexes ou sur des sujets d'amélioration des pratiques pluriprofessionnelles en élaborant des protocoles.

Aussi, le pharmacien d'officine a pleinement son rôle à jouer dans l'**Education thérapeutique du patient (ETP)** qui 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.

C'est une étape officiellement reconnue comme s'inscrivant dans le parcours de soins du patient. (114)

## **I.E Intégration des nouvelles missions du pharmacien dans un parcours de santé innovant**

### **I.E.1 A l'étranger, des expérimentations significatives (115) (116) (117)**

Depuis le 20 juin 2015, la pharmacie **au Québec** a pris un tournant majeur. Les quelques 9000 pharmaciens du Québec sont depuis autorisés à exercer de nouvelles missions, qui viennent redéfinir la profession.

Ces nouvelles activités sont les suivantes :

- prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis
- prescrire des médicaments pour certaines conditions mineures
- prolonger ou ajuster l'ordonnance d'un médecin
- substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement
- administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié

Toutes ces activités sont soumises à un encadrement précis conjointement par les professionnels, ce qui assure, en tout temps, la sécurité des patients. Pour que l'implantation des nouvelles activités se déroule dans les meilleures conditions, l'Ordre des pharmaciens du Québec et le Collège des médecins du Québec ont mis sur pied un comité de vigie inter-ordres

**Au Royaume Uni**, il existe des pharmaciens qualifiés spécifiquement à la prescription de certains traitements en coordination avec les médecins traitants.

Aussi, des expérimentations sur la réalisation de bilan de médication à domicile pour les patients peu mobiles ont donné des résultats très encourageants.

**Aux Pays Bas**, pharmaciens et médecins généralistes collaborent de façon étroite pour améliorer les traitements médicaux, grâce à l'interconnexion des données des patients. Les pharmaciens ont accès aux résultats des examens biologiques et médicaux. Des programmes coopératifs entre médecins et pharmaciens ont également été mis en place afin de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées.

**Aux Etats-Unis**, les pharmaciens peuvent selon des protocoles déterminés en commun par les équipes de soins, renouveler, modifier ou même initier des traitements médicamenteux, les administrer aux patients et prescrire des examens biologiques. Ils sont formés à la pharmacie clinique, et ont accès aux dossiers médicaux des patients.

**En Suisse**, des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) ont vu le jour en 1997, dans le but d'améliorer la prescription médicamenteuse. Ils rassemblent un ou trois pharmaciens et cinq à quinze médecins de préférence dans un réseau local ou régional. La responsabilité de la prescription médicale est lourde pour un seul acteur de la santé et mérite d'être partagée dans un mode de collaboration constructive.

### **I.E.2 Le pharmacien correspondant (118) (119)**

Le 26 octobre 2018, les députés ont adopté un amendement à l'article 29 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019 qui permet aux **pharmaciens** d'être désignés comme **correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient** dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018.

Cela constitue une relance de l'expérimentation du pharmacien correspondant, prévue dans la loi HPST 2009 qui n'avait jamais été mise en œuvre.

Cette expérience consiste à autoriser le pharmacien à renouveler périodiquement le traitement de certains patients au vu du bilan de médication qu'il aura effectué, et ce dans le cadre de coopérations protocolisées.

Cette coopération vise à **faire face aux problématiques de disponibilité et de pérennité des professionnels de santé** suite aux évolutions de la démographie médicale et aux nouveaux besoins des patients. La sécurité et la qualité des soins doivent rester une priorité absolue.

### I.E.3 Le pharmacien référent en EHPAD (120) (121)

Il faut distinguer le pharmacien référent, du pharmacien dispensateur. Ces deux fonctions peuvent être cumulables par un même pharmacien ou non.

#### Le pharmacien dispensateur :

Il exerce son métier comme pour les autres patients. La dispensation aux patients de l'EHPAD obéit aux mêmes règles que celles qui lui sont imposées pour tout patient (art R.4235-48 du CSP)

#### Le pharmacien référent :

Les missions du pharmacien référent, sont évoquées dans l'article L.5126-6-1 du CSP, mais restent à préciser :

*« Ce pharmacien référent concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »*

Le pharmacien est donc en collaboration avec le médecin coordonnateur, le garant de la sécurité de la dispensation médicamenteuse au sein de l'EHPAD. Il réalise l'état des lieux du circuit du médicament de l'EHPAD, il organise le circuit de distribution des médicaments par les infirmières. De plus, il collabore de manière active à la vie de l'établissement pour la formation du personnel, la réalisation de protocoles. Aussi, il participe de manière régulière aux commissions gériatriques.

Le pharmacien référent apporte son expertise et sa technicité pour une véritable dispensation sécurisée des médicaments au sein de l'établissement.



## I.F Nouveaux projets de santé : les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (122)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont une forme de coordination plus large que les équipes de soins primaires. Elles sont constituées de l'ensemble des acteurs de santé qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Le projet de santé est un pré-requis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS (123).

Dans son discours « Ma Santé 2022 », Emmanuel Macron affirme que « *Le secteur médical de la ville et le secteur hospitalier ne se parle pas assez* »

Les CPTS ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) de 2016 (article L-1434-11 du code de Santé Publique).

Elles constituent un nouveau maillon du parcours de santé des Français qui regroupe et organise :

- les professionnels de santé de premier et second recours (libéraux et salariés)
- les acteurs de la prévention ou de la promotion de la santé
- les professionnels des établissements et services médico sociaux et sociaux

Le regroupement des professionnels se fait autour d'un **projet de santé** qui constitue un pré-requis à la contractualisation qu'ils ont définie et qui intègre des objectifs afin de **fluidifier le parcours de soins** et **faciliter la prise en charge du patient**.

Le pharmacien pourrait devenir le pivot de la transition ville-hôpital au côté du médecin traitant, pilier de la coordination du parcours de soins.

Au-delà des interactions pharmacien-médecin traitant, le pharmacien de ville voit également ses relations avec le milieu hospitalier évoluer et se multiplier.

## Quelle forme juridique et quelle gouvernance pour une CPTS ?

Il n'y a pas à ce jour de forme juridique spécifique pour les CPTS. Afin de faciliter les démarches, le dépôt de statuts associatifs est une première étape adaptée, ce qui implique la désignation d'un bureau. Néanmoins, la gouvernance repose sur la non hiérarchie des professionnels de santé et sur une libre participation de ceux-ci, le tout dans une démarche volontariste et volontaire de leur part.

Le projet de loi de santé proposé par le gouvernement en janvier 2019 et qui sera débattu avant l'été 2019 prévoit une nouvelle forme juridique pour les CPTS, dont la forme n'est pas encore connue.

Le pharmacien a un rôle important à jouer dans la création et la réussite des CPTS, puisqu'en tant que professionnel de santé de proximité, le pharmacien est l'acteur majeur de :

- l'identification des besoins de la population par sa vision globale du parcours du patient et son informatisation
- la mise en place d'actions coordonnées avec d'autres professionnels
- la mise en place d'actions de santé spécifiques (vaccinations, prévention de la iatrogénie, accompagnement du patient sur l'observance)

Dans tous les cas, le pharmacien est un professionnel clé dans le parcours de santé des patients et il a un rôle majeur à jouer dans les équipes de santé qui structurent le territoire dans lequel il exerce.

## I.G Intégration des nouvelles technologies

### I.G.1 La Télémédecine (124)

La télémédecine recouvre actuellement cinq types d'actes médicaux dont le cadre a été défini par la loi HPST de 2009 et les décrets applicatifs de 2010 :

- La **télé-expertise** : permet à un professionnel de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient en dehors de la présence du patient.
- La **téléconsultation** : permet la consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé.
- La **télé-surveillance médicale** : permet à un professionnel d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge.
- La **téléassistance médicale** : permet à un professionnel d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte.
- La réponse médicale apportée dans le cadre de la **régulation médicale** (SAMU)

Le pharmacien est un acteur de proximité qui d'ores et déjà, au comptoir, réalise la prise en charge de certaines pathologies aiguës bénignes par un conseil pharmaceutique et une dispensation de médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance. Dans un objectif de fidélisation de la clientèle, mais surtout dans le but de pallier une forte désertification médicale dans certains territoires définis, le déploiement de la télémédecine à l'officine apparaît particulièrement utile.

Le 6 décembre 2018, le 15<sup>ème</sup> avenant à la convention nationale pharmaceutique, acte la **participation des pharmaciens au déploiement de la télémédecine**.

Les patients pourront désormais consulter à distance leur médecin traitant, depuis une salle dédiée de leur pharmacie de proximité.

L'activité de télémédecine au sein des MSP, doit être développée en cohérence, avec le Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Informations de Santé 2018-2022. Avant tout déploiement d'une activité de télémédecine, la maison de santé pluriprofessionnelle devra prendre l'attache de l'Agence Régionale de Santé, afin de procéder aux conventionnements réglementaires obligatoires préalables, conformément aux dispositions du décret du 19/10/2010, relatif à la télémédecine. (125)

Le pharmacien qui souhaite réaliser de la téléconsultation au sein de son officine, doit disposer « *d'un local fermé pour mener cette activité de façon à garantir la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Ce local doit disposer des équipements nécessaires, adaptés aux situations cliniques des patients, afin de garantir la réalisation d'une téléconsultation de qualité. Outre l'équipement nécessaire à la vidéotransmission et à la bonne installation des patients, le pharmacien doit à minima se doter des équipements suivants : stéthoscope connecté, otoscope connecté, oxymètre, tensiomètre* » (126)

### **I.G.2 Le Dossier Médical Partagé (DMP) (127)**

Pour améliorer le lien entre les acteurs de santé et offrir un suivi médical plus efficace aux patients, le Dossier Médical Partagé (DMP) est désormais généralisé à toute la France depuis le 6 novembre 2018.

Ce DMP a vocation à regrouper l'ensemble des informations médicales du patient :

- traitements (remboursés des 24 derniers mois)
- résultats et comptes rendus d'examens médicaux
- opérations chirurgicales
- antécédents médicaux
- groupe sanguin
- personne à prévenir en cas d'urgence
- allergies

Il est de base automatiquement alimenté par l'Assurance Maladie à partir de l'historique des soins et traitements remboursés des 24 derniers mois. Mais le patient garde le droit d'ajouter des éléments supplémentaires qui lui semble intéressants (groupe sanguin, allergies, ...) et de masquer les informations qu'il ne souhaite pas partager avec les professionnels de santé.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) permet aux praticiens de villes et hospitaliers de partager les informations de santé de leurs patients. Il constitue donc un outil permettant à la fois de décloisonner les différentes professions médicales entre elles, mais également d'établir un lien entre la ville et l'hôpital.

Le dossier médical partagé (DMP) doit pouvoir être proposé et alimenté pour tout patient, ce qui permet une **qualité de la dispensation, gestion des interactions médicamenteuses, traçabilité des délivrances.**

### **I.G.3 La prescription électronique ou e-prescription**

La prescription électronique ou e-prescription est l'ordonnance de demain. Ce procédé de transmission électronique est amené à remplacer l'ordonnance papier. L'e-prescription est définie comme une **prescription dématérialisée** et constitue un **véritable outil de coordination entre le médecin et le pharmacien.**

Déjà très utilisée dans les pays scandinaves, en Allemagne ou encore en Italie depuis les années 90, la France lance une expérimentation en 2017 : la PEM2D

La prescription électronique se fait en plusieurs étapes :

1. Lors de la consultation, le médecin saisit l'ordonnance informatiquement, et dépose la e-prescription dans une base de données sécurisée
2. Le patient se rend alors comme habituellement dans la pharmacie de son choix ; le pharmacien ira rechercher dans cette même base de donnée la e-prescription

3. Le pharmacien pourra alors préciser le statut de la e-prescription : totalement délivrée, partiellement délivrée, non renouvelée car délivrances rapprochées, à renouveler, ...

La e-prescription, associée à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription :

- améliore les **vérifications automatiques et la prévention d'erreur** (allergies, contre-indications, interactions médicamenteuses, dosage correct en fonction de l'âge et la taille)
- améliore la **qualité de la prescription**
- **permet une sécurité et une confidentialité optimale**
- permet de **faire gagner du temps** aux acteurs concernés
- permet de **réduire les erreurs** dues à des problèmes de déchiffrage et de lecture
- permet de générer des économies (papiers, encres ...) et de faire un geste en faveur de l'environnement
- peut faciliter la délivrance pour les patients n'ayant pas de mobilité
- améliore la **coordination entre les acteurs de santé**

## **I.H Création de nouveaux métiers**

### **I.H.1 Les assistants médicaux (128)**

Lors de la présentation de son plan santé « Ma Santé 2022 », Emmanuel Macron a annoncé la création de 4000 postes d'assistants médicaux dans une **optique d'accroissement du temps médical**.

Ces créations de postes ont pour but de seconder les médecins libéraux dans leur activité quotidienne afin d'alléger leurs tâches administratives ainsi que les petits actes médicaux.

Les missions des futurs assistants médicaux seront à la fois soignantes et administratives. Parmi elles, figurent la mise à jour du dossier médical, l'aide à l'accueil, l'échange avec le patient sur son dépistage, la vérification de l'état des vaccinations, l'aide pour les préconsultations (installer, mesurer, peser, prise de tension).

Pour bénéficier du financement d'un assistant médical, les médecins devront exercer « en cabinet de groupe » ou s'inscrire dans un « exercice coordonné ».

### **I.H.2 Les coordinateurs de santé (129), (130)**

Le développement des maisons de santé, et plus largement des équipes de soins primaires et CPTS, fait émerger de nouveaux métiers. Parmi eux : **le coordinateur de santé**.

Ces nouvelles formes d'organisation impliquent nécessairement pour les professionnels de santé des missions transverses de coordination (comme la mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelle, l'utilisation d'un système d'informations partagé, l'élaboration de protocoles de soins, etc.).

Faire appel à un coordinateur permet aux professionnels de santé de se concentrer pleinement sur leur exercice.

Les missions du coordinateur de santé varient selon les besoins définis par l'équipe, il peut intervenir autour de :

- missions d'animation de la coordination interprofessionnelle
- missions de gestion de projets
- missions administratives
- missions de communication

### **Missions d'animation**

Le coordinateur anime l'équipe de soins primaires et insuffle une dynamique de groupe. Il est fédérateur des besoins, points de vue, idées et investissements des professionnels de santé dans les différentes actions.

### **Missions de gestions de projets**

Le coordinateur met en place le projet de santé mis en place en amont par l'ensemble de l'équipe. Il met en place des actions de santé publique :

- mise en place du système d'informations partagé
- élaboration de protocoles de soins
- organisation d'ateliers d'Education Thérapeutique
- organisation d'actions de prévention

### **Missions administratives**

Le coordinateur peut être amené à gérer certaines missions administratives, comme :

- la comptabilité
- la gestion des ressources humaines
- les achats et fournitures et matériels
- les budgets, dont les rémunérations liées à l'exercice coordonné
- l'élaboration de documents : chartre, comptes rendus, affichage

### **Missions de communication**

Le coordinateur de santé peut assurer des missions de communication interne, externe, mais aussi auprès des patients.



<p><b>Missions de communication interne</b></p>	<p>Organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle  Accueil des nouveaux arrivants (stagiaires, vacataires, nouveaux professionnels de santé)  Gestion de plannings</p>
<p><b>Missions de communication externe</b></p>	<p>Gestion des permanences de médecins spécialistes  Décloisonnement ville/hôpital  Gestion des relations institutionnelles (ARS, CPAM, collectivités territoriales)  Alimentation du site internet de la maison de santé</p>
<p><b>Missions de communication auprès des patients</b></p>	<p>Affichage  Gestion des messages préventifs  Réalisation d'enquêtes de satisfaction</p>

**Le coordinateur peut ainsi réaliser l'ensemble ou une partie de ces missions, selon les besoins et l'organisation de la MSP, en intervenant à temps plein ou temps partiel.**

Parmi les coordinateurs, on retrouve une grande disparité des profils, des diplômés d'écoles ou d'universités en gestion de projet ou management, mais aussi des postes occupés par d'anciennes secrétaires.

Cependant, des professionnels de santé de la structure peuvent faire le choix d'occuper la fonction de coordination.

Depuis 2015, l'école des hautes études en santé publique (EHESP) a mis en place une formation entièrement dédiée au coordinateur de maison de santé, en partenariat avec la HAS. (131)

Il existe plusieurs possibilités pour faire appel à un coordinateur de santé :

- coordinateur embauché par une collectivité territoriale
- coordinateur embauché directement par la maison de santé, via la SISA
- coordinateur indépendant, rémunéré par la maison de santé sous forme de prestations de services
- l'un des professionnels de santé de l'équipe assure la mission de coordination. (à temps partiel)

Bien souvent, le coordinateur, qu'il soit embauché directement par la SISA ou intervenant en tant que prestataire de services, est rémunéré via les rémunérations liées à l'exercice coordonné.

Pour une année de coordination, à raison d'un jour par semaine, il faut compter environ 20 000 euros.

### **I.H.3 Les infirmiers de pratique avancée (IPA) (132), (133), (134)**

Prévu par l'article 119 de la loi Santé de 2016, le statut d'infirmier en pratique avancée (IPA) a émergé à travers deux décrets et trois arrêtés du 18 juillet 2018.

Il nécessite une formation initiale ou une formation professionnelle continue afin d'obtenir un master IPA. Ce statut ouvre aux infirmiers diplômés d'Etat des perspectives de carrière inédites, au sein d'une équipe de soins, dans un établissement de santé. L'IPA participe à la prise en charge globale du patient dont le suivi lui est confié par un médecin ; l'infirmier dispose alors d'une « autonomie dans un cadre défini ».

Le métier infirmier en pratique avancée (IPA) ne doit pas se penser en actes, mais d'avantage en missions, voire activités, qui sont prévues dans un champ dérogatoire à l'activité courante infirmière.

La loi prévoit des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para clinique.

Certains des actes autorisés « sur prescription médicales » de l'Article R4311-7 du Code de Santé Publique pourront être effectués sans prescription médicale par un IPA comme par exemple : prélèvement sanguin, recueil aseptique des urines, pose de bandes de contention, branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale ou péritonéale, ...

*Selon l'article D. 4301-8, « l'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus à l'article R. 4301-2, s'il remplit les conditions suivantes :*

- *1° Obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du code de l'éducation, dans la mention correspondant au domaine d'intervention*
- *2° Justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier*
- *3° Etre enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé »*

« Le gouvernement espère créer 5 000 postes d'IPA dans les équipes de soins libérales et hospitalières à l'horizon du quinquennat. »

## **II. Vision professionnelle et médico-économique**

### **II.A Valorisation de la profession et plus forte implication du pharmacien**

Avec la loi HPST, le pharmacien d'officine est enfin admis à participer à la coopération interprofessionnelle. Auparavant, l'officine était uniquement définie comme « l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés par l'article L.4211-1 du CSP, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales ».

Depuis cette loi, les missions ont été reconnues, ou complétées par l'article L.5221-1-1 A du CSP. Aux missions obligatoires des pharmaciens d'officine (contribution aux soins de premier recours, permanence des soins ...) se sont ajoutées des missions facultatives. Ces dernières offrent la possibilité aux pharmaciens d'officine de participer à l'éducation thérapeutique du patient, d'être pharmacien référent dans un établissement dépourvu de pharmacie à usage intérieur, d'être correspondant au sein d'une équipe de soins. Autant de nouvelles fonctions qui enrichissent le métier et renforcent les liens avec les autres professionnels de santé. (135)

Les **porteurs de projets** sont de moins en moins les médecins, mais de plus en plus, des **pharmaciens d'officine** et des infirmières libérales.

L'intérêt même de l'exercice pluridisciplinaire permet de valoriser la dimension « professionnel de santé » du pharmacien d'officine. Elle permet également une certaine **reconnaissance des pairs et des patients**.

Au sein des MSP et des pôles de santé, les pharmaciens découvrent l'intérêt et les bénéfices de l'exercice collectif : réunions de concertation pluriprofessionnelles pour les patients complexes, élaboration de protocoles thérapeutiques, séances d'éducation thérapeutique, mise en place d'actions de prévention, ...

De plus, il permet de **préserver l'offre de soins de premier recours dans les zones sous-médicalisées**, en privilégiant les transferts de compétences entre professionnels de santé, mais également de **pérenniser l'activité de l'officine**.

Cette volonté de se recentrer sur le patient et d'améliorer le parcours de soins dans un contexte de travail pluriprofessionnel est enrichissant tant sur le plan humain que sur le plan professionnel.

## **II.B Répartition homogène sur le territoire français**

Plus qu'un commerçant de quartier, le pharmacien est le **premier professionnel de santé de proximité des Français** et jouit d'une excellente relation de confiance avec les patients. Accessible sans rendez-vous, le pharmacien est régulièrement

confronté à l'orientation des patients vers les professionnels médicaux et paramédicaux compétents.

Aujourd'hui, 96% des patients estiment qu'avoir une pharmacie de proximité est indispensable. (109)

La première réglementation relative à l'implantation des officines sur le territoire date de 1941. L'implantation reposait sur la base d'un principe de proportionnalité entre le nombre des officines et le nombre d'habitants dans la commune (système dit du quorum).

Les officines de par leur maillage territorial réglementé par le Code de Santé Publique (CSP), sont réparties de manière homogène sur le territoire.

L'article L5125-3 du CSP indique que « *les transferts et les regroupements ne peuvent être accordés que s'ils n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine* ». (136)

Par l'article L5125-4 du CSP, les ARS réglementent le maillage territorial en octroyant des licences autorisant la création ou les transferts d'officines. (137)

Le pharmacien de par son amplitude horaire est un professionnel de santé qui reste accessible pour les patients, notamment dans les zones confrontées à la désertification médicale.

## **II.C Investir dans le premier recours : vecteur d'économies de santé (138), (139)**

Aux Etats Unis, une étude sur les PCMH qui correspondent aux maisons de Santé en France, a montré que notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, l'adoption du modèle PCMH entraîne une réduction de 5 à 8% du recours aux urgences.

L'exercice coordonné permet de réduire les hospitalisations pour les patients chroniques, il permet également la réduction des inégalités territoriales de santé et de ce fait de faire des économies de santé.

Ce manque de coordination dans les soins de premier recours, entraîne la multiplication et la duplication d'actes médicaux et biologiques qui génèrent un coût important dans les dépenses de santé.

*« 30% d'actes coûteux ne servent à rien, et on ne parvient pas à satisfaire la demande de soins de base en proximité. » Emmanuel Macron « Ma santé 2002 ».*

## **II.D Se différencier des nouveaux concurrents (140)**

Aujourd'hui, la pharmacie d'officine connaît trois concurrents potentiels :

- les grandes et moyennes surfaces (GMS)
- les prestataires médicaux
- Internet

La concurrence des grandes surfaces et d'internet dans le domaine paramédical et des médicaments sans ordonnance est aujourd'hui l'une des grandes sources d'inquiétude de la profession de pharmacien d'officine.

Nous n'entrons pas dans une officine pour acheter un médicament mais pour y trouver une façon de recouvrer la santé. C'est pour cette raison que la valeur ajoutée du pharmacien n'est pas dans la boîte de médicaments mais dans le service pour lequel viendra s'adjoindre une boîte de médicaments.

Optimiser le parcours complet du patient, dès l'arrivée de celui-ci et durant toute sa prise en charge, permet de fidéliser la patientèle et de se différencier des concurrents.

La notion de **pharmacie de conseil**, est un élément primordial pour se différencier des concurrents.

Les missions d'éducation thérapeutique, de prévention, de suivi du patient sont beaucoup plus difficiles à mettre en place chez ces concurrents plutôt qu'en officine de ville.

### **III. Limites : (141), (142), (143)**

#### **III.A Contraintes administratives et budgétaires**

Le premier frein pour intégrer un projet de MSP vient du **coût lié aux charges communes, aux charges salariales et aux loyers plus ou moins lourds**. En effet, la maison de santé demande des moyens humains complémentaires notamment pour les fonctions administratives et de gestion, ce qui peut entraîner une majoration des coûts de l'exercice par rapport à l'exercice isolé.

Une étude de la FFMPs, menée en 2009 montre qu'un médecin installé en maison de santé a 4 400 euros de charges supplémentaires vis à vis d'un médecin en cabinet.

Les **contraintes administratives** avec des **projets longs** à se mettre en place constituent également une limite importante au franchissement de l'élaboration du projet.

Les **contraintes budgétaires**, peuvent être un important frein. En effet des financements extérieurs non envisageables, bloquent parfois le projet.

Par ailleurs, la **gestion de la maison de santé** liée au manque de motivation de certains des professionnels, peut devenir contraignante pour les professionnels plus impliqués. C'est pourquoi, il est important d'avoir un leader ainsi qu'un coordinateur de soins qui puissent manager l'équipe.

### III.B Changement des pratiques professionnelles

Les expériences montrent que seuls les projets portés par l'ensemble des professionnels de santé motivés et investis sur la durée aboutissent et fonctionnent.

La relation avec les élus peut s'avérer un atout majeur, mais ne constitue en aucun cas un élément indispensable dans la mesure où, sans l'adhésion des professionnels de santé, le projet est voué à l'échec.

La coopération interprofessionnelle nécessite un vrai investissement en énergie et en temps, pour des retombées financières difficiles à quantifier.

Certains professionnels de santé sont réticents à cette nouvelle forme d'exercice, au vu des changements de leur pratique professionnelle :

- Peur de la **perte d'autonomie et de liberté** et crainte de devoir adopter des méthodes de travail différentes
- Peur de devoir léguer beaucoup de temps aux missions de santé publique aux dépens du temps consacré aux consultations médicales
- **Perte du libre choix du professionnel de santé pour le patient** qui serait influencé et choisirait un professionnel de santé appartenant à la MSP
- **Caractère chronophage des réunions pluriprofessionnelles**

Une des limites à cette forme d'exercice est **la force des habitudes**. Il ne faut pas négliger les résistances naturelles aux changements de modèle qui pourraient être interprétées comme la volonté de faire disparaître de manière progressive les « soignants isolés » au profit de la notion d'une équipe soignante. Certains y voient une opportunité pour les institutions de mettre **fin au mode d'activité libéral**, pour une évolution vers le salariat.

La difficulté de répartition des rôles au sein de la maison de santé, peut également être un frein, avec notamment :

- la **peur du conflit interprofessionnel**
- la **crainte du regard et du jugement** de l'autre sur son exercice ou la remise en cause de son travail



### III.C Dimension légale et assurances

Se prémunir des accidents de la vie est un point qui doit retenir l'attention des soignants exerçant en maison de santé, dans un souci de protection individuelle et pour la protection de l'équipe. Dans le cadre d'une SISA, la **responsabilité professionnelle reste personnelle** à chaque associé. La **SISA n'est d'ailleurs pas inscrite aux Ordres professionnels des associés**.

#### Les assurances individuelles

Un grand nombre de professionnels de santé libéraux oublient de se protéger. Il est fortement conseillé au leader de la maison de santé de vérifier, assez tôt dans le projet, que chacun des membres de l'équipe possède un contrat de prévoyance. En cas d'accident, cela permet à l'équipe de ne pas avoir à se soucier de la sauvegarde économique de son collègue, ni du règlement de sa part des frais communs.

#### Les assurances collectives

Outre les assurances usuelles concernant les locaux (dont dommages-ouvrage en cas de construction), une partie des assurances peut être commune à l'équipe. Par exemple la part du contrat de prévoyance couvrant les frais professionnels peut être mutualisée à l'équipe, ce qui génère une économie, l'avantage étant d'être en conformité avec le mode d'exercice pour éviter les conflits entre les associés.

### III.D Méconnaissance et ignorance des professionnels de santé

Une thèse de Médecine a été réalisée sur « les connaissances et attractivités chez les jeunes médecins généralistes des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ». Une étude quantitative auprès de la promotion sortante du DES de médecine générale, dans le Nord-Pas-de-Calais a été menée en novembre 2017.

Sur un échantillon de 80 jeunes médecins :

- 77,5% estiment ne pas avoir eu de sources d'informations sur les MSP en dehors des stages
- 68,8% auraient souhaité être davantage informés sur l'exercice en MSP au cours de leur internat
- 42,6% affirment que leur projet professionnel aurait été différent s'ils avaient été davantage informés sur l'exercice en MPS durant leur internat

Cette étude a également montré une fragilité des connaissances des jeunes médecins généralistes sur les MSP, en effet il en ressort des connaissances insuffisantes et erronées.

Il réside donc un **important manque d'informations des jeunes professionnels de santé sur les MSP** au cours de leurs études et de leurs stages.

## Conclusion

Depuis quelques années, nous assistons à une transformation du système de santé en France pour mieux répondre aux problématiques de transitions, d'évolutions épidémiologiques, et de besoins en santé.

Alors que le gouvernement projette de doubler le nombre de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) d'ici 2022 et espère la création de 1 000 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), un budget de 1,6 milliard d'euros sera consacré à la structuration des soins dans les territoires. Ces structures cordonnées qui permettent une prise en charge globale du patient, dans un parcours de soins fluidifié, correspondent aux attentes des jeunes médecins.

Malgré l'existence d'une volonté politique locale et gouvernementale, accordant des aides financières aux maisons de santé organisées en SISA, la réussite d'un projet est essentiellement due à l'engagement et la dynamique humaine des professionnels de santé.

Les études montrent que les maisons de santé et leur attractivité sont en faveur du maintien, voire de l'augmentation de l'offre de médecins généralistes dans les espaces plus défavorisés, mais aussi que l'exercice pluriprofessionnel en maisons, pôles de santé est comparativement plus performant que l'exercice « standard » isolé ou regroupé en monodiscipline,

Cependant, les maisons de santé pluriprofessionnelles ne constituent pas une réponse complète à la problématique de désertification médicale. Alors que l'installation des pharmaciens et des infirmiers est réglementée, y aura-t-il pour les médecins une abolition de la liberté d'installation afin de résoudre la problématique des déserts médicaux ?

En ce qui concerne le pharmacien d'officine dont le métier est en perpétuelle évolution, les MSP constituent une nouvelle manière d'appréhender l'accompagnement et la prise en charge du patient. De cette façon, son rôle peut être diversifié et accru au profit du malade. C'est dans ce contexte que le pharmacien pour la première fois en médecine de ville peut faire valoir sa compétence de

professionnel du médicament dans un parcours fluidifié d'une meilleure prise en charge du patient.

L'arrivée des nouvelles technologies, nous fait entrer dans des organisations et pratiques innovantes de la médecine du XXIème siècle, structurées par la santé connectée avec l'intelligence artificielle et la télémédecine. Elles apporteront de nombreuses modifications dans la prise en charge connectée du patient de demain. Seront-elles à même de renforcer la qualité des parcours de soins ?

Jusqu'où cette coordination entre professionnels du même monde de la santé ira t-elle ? Transformera t-elle le défi d'une coopération effective et d'une nouvelle culture professionnelle en pratique courante ?

## **Bibliographie**

- (1) Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) – Tableau 1 : évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 - Isabelle Robert-Bobée – Paru le 07-07-2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- (2) Evolution de la population par grand groupe d'âges de 1946 à 2015 – Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-population-2015-3-page-417.htm>
- (3) Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) – Graphique 3 : évolutions passée et future de l'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes entre 2005 et 2050, selon les 3 hypothèses retenues - Isabelle Robert-Bobée – Paru le 07-07-2006. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- (4) L'espérance progresse moins vite – centre d'observation de la société, 24 janvier 2019. Disponible sur : <http://www.observationsociete.fr/population/evolution-esperance-de-vie.html>
- (5) Thème de santé – Maladies chroniques – Organisation mondiale de la Santé (OMS). Disponible sur : [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)
- (6) Maladies chroniques – adsp n°72 septembre 2010 – dossier coordonné par Serge Briançon, Geneviève Guérin et Brigitte Sandrin-Berthon. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>

- (7) Affections de longue durée (ALD) – Questions-réponses – Haute Autorité de Santé (HAS). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_428814/en/affections-de-longue-duree-ald-questions-reponses#c\\_428831](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428814/en/affections-de-longue-duree-ald-questions-reponses#c_428831)
- (8) Maladies chroniques : tous concernés ? – publication de l’Ordre National des Médecins – Décembre 2017. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2017-12/www/index.php#](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2017-12/www/index.php#)
- (9) Affection de longue durée (ALD) > Prévalence – L’Assurance Maladie – dossier mis à jour le 18 décembre 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>
- (10) Données de cadrage : les affections de longue durée (ALD) – Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Disponible sur : <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html>
- (11) Maladies chroniques : tous concernés ? – publication de l’Ordre National des Médecins – Décembre 2017. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_webzine/2017-12/www/index.php#](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2017-12/www/index.php#)
- (12) Les Maladies chroniques - vers la 3ème médecine – Edition Odile Jacob – Pr André Grimaldi, Yvanie Caillé, Frédéric Pierru, Didier Tabuteau. Mars 2017
- (13) 1 Français sur 4 a renoncé à des soins pour des raisons financières (étude) – par [lefigaro.fr](http://lefigaro.fr) avec AFP – Mis à jour le 27/06/2014. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/flash-eco/2014/06/27/97002-20140627FILWWW00412-1-francais-sur-4-a-renonce-a-des-soins-pour-raisons-financieres-etude.php>

- (14) Démographie médicale et projet de loi « Ma santé 2022 » - Conseil national de l'Ordre des médecins – 04-12-2018. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3037>
- (15) Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé – Rapport d'information de Mmes Laurence Cohen, Catherine Génisson et M. René-Paul Savary, fait au nom de la commission des affaires sociale n°685 (2016-2017) – 26 juillet 2017. Disponible sur : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html>
- (16) Pacte Territoire Santé – Des mesures pour lutter contre les dessers médicaux dans les Hauts-de-France. Disponible sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Brochure%20PTS%20ARS%20HDF.pdf>
- (17) La révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités – Dans revue française d'administration publique 2005/1 (n°113), pages 97 à 112 - Edouard Couty et Marc Dupont
- (18) Atlas de la démographie médicale en France – Dr Patrick Bouet, président sous la direction du Dr Jean-Marcel Mourgues, président de la section santé publique et démographie médicale – ordre national des médecins - situation au 1er janvier 2018. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf)
- (19) Série statistiques, document de travail : les professions de santé au 1er janvier 2011 – Daniel Sicart, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158-3.pdf>
- (20) Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires – Rapport de Thomas Mesnier Député de Charente – Rapport remis à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé à Paris, mai 2018. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)

- (21) Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France – Etude TNS Sofres – SIHP – Rapport d'analyse de mai 2013. Disponible sur : <http://www.sihp.fr/usrfile/399/Rapport%20SOFRES.pdf>
- (22) Les modèles de rémunération : une regard international – L'Assurance Maladie. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01\\_Polton\\_Bousquet.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf)
- (23) Stratégie de transformation du système de santé – rapport final – modes de financement et de régulation. Jean Marc Aubert-Directeur de la DRESS [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_financement\\_et\\_regulation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf)
- (24) Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011. Disponible sur : [http://www.csmf.org/upload/File/Conv\\_med/conv\\_med\\_annexes\\_110726.pdf](http://www.csmf.org/upload/File/Conv_med/conv_med_annexes_110726.pdf)
- (25) Annexes de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011. Disponible sur : <http://www.fmfpro.org/IMG/pdf/convention-medecins-20112607-vf.pdf>
- (26) La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018 – Assurance Maladie : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CNAM\\_-\\_Dossier\\_de\\_presse\\_Rosp\\_2017\\_-\\_25\\_Avril\\_2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf)
- (27) Code de Santé Publique - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Titre III – chapitre II – Article 119. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/article\\_119](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/jo/article_119)
- (28) Avenant n°11 de la convention nationale pharmaceutique organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie – Disponible sur : <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-sign%C3%A9.pdf>



- (29) Les ROSP 2017 ont été versées – ameli.fr – 18 juillet 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/actualites/les-rosp-2017-ont-ete-versees>
- (30) JORF n°0230 du 5 octobre 2018 texte n°9. Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestation pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Disponible sur : Article L 5121\_1\_1 du code de Santé Publique <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/10/3/SSAH1820780D/jo/texte>
- (31) Rôle du pharmacien – Cespharm, éducation et prévention pour la santé – publié le 19-10-18. Disponible sur : <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>
- (32) Les nouvelles missions du pharmacien – campus astra en partenariat avec Le Moniteur des pharmaciens (fiche conseils). Disponible sur : [https://pro.astera.coop/DNL/Les\\_nouvelles\\_missions\\_du%20pharmacien.pdf](https://pro.astera.coop/DNL/Les_nouvelles_missions_du%20pharmacien.pdf)
- (33) Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé – Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) – Disponible sur : <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>
- (34) Une Equipe de Soins Primaires c'est quoi ? - URPS pharmaciens région Centre-Val de Loire. Disponible sur : <https://urpspharmaciens-centrevaldeloire.org/infographie-quest-ce-quune-esp/>
- (35) Critères d'évaluation des entités de recherche : Le référentiel de l'AERES – Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur – Version du 3 novembre 2014

- (36) Interprofessionnalité et soins intégrés : quel enseignement ? – Rapport du groupe de travail « interprofessionnalité » de la Plateforme « Avenir de la formation médicale » - Olivier-Jean Glardon, Nadine Facchinetti – Disponible sur : [https://www.fmh.ch/files/pdf16/art\\_interprofessionalitaet\\_f.pdf](https://www.fmh.ch/files/pdf16/art_interprofessionalitaet_f.pdf)
- (37) FFMPs (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé) – Accueil > Définitions et législations > Lexique. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lexique/>
- (38) Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » - Rapport d'étape présenté par Le Professeur Yvon Berland. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>
- (39) JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277 texte n°4 – LOI n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique – Code de Santé Publique – Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>
- (40) Protocole de coopération entre professionnels de santé – Haute Autorité de Santé (HAS) – Mis en ligne le 09 septembre 2014. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
- (41) Procédure d'enregistrement d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) – Offre de soins Ambulatoires CHR/ FH – Juin 2016. Disponible sur : [http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PAPS\\_V2\\_NPDCP/J\\_exerce/exercice\\_coordonne/MSP/SISA.pdf](http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PAPS_V2_NPDCP/J_exerce/exercice_coordonne/MSP/SISA.pdf)
- (42) LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, quatrième partie, section 1 : Article 48. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/12/17/2012-1404/jo/article\\_48](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2012/12/17/2012-1404/jo/article_48)

- (43) JORF n°0098 du 26 avril 2013 page 7278 texte n°20 : Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/4/8/ESRS1308349A/jo/texte>
- (44) Journal officiel de la République Française : Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Disponible sur : <https://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/R%C3%A8glement%20arbitral%20JORF%2027%2002%202015.pdf>
- (45) Cahier des charges Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination des parcours de santé complexes – Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, Direction de l'Offre de Soins - avril 2018. Disponible sur : [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-04/Cahier%20des%20charges%20AAC\\_PTA%20\\_avril%202018.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-04/Cahier%20des%20charges%20AAC_PTA%20_avril%202018.pdf)
- (46) Décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé – Version consolidé au 20 février 2019. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032842901>
- (47) Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes – Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/2016-919/jo/texte>
- (48) Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/10/AFSZ1627575D/jo/texte>

- (49) Ma santé 2022 un engagement collectif – Ministère des solidarités et de la santé  
Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_synthese.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf)
- (50) Dans le plan « Ma santé 2022 », les médecins exercent groupés – Medscape – Jean-Bernard Gervais – 24 septembre 2018. Disponible sur : <https://français.medscape.com/voirarticle/3604439>
- (51) ARS « Ma santé 2022 » pour transformer le système de santé – Site de l'ARS. Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/ma-sante-2022-pour-transformer-le-systeme-de-sante-2>
- (52) Innovations en matière de politiques sur les soins primaires au Canada – Survol préparé pour la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé – Alice Peckham, Julia HO, Gregory Marcjildon – North American Observatory on Health Systems and Policies - Mars 2018
- (53) Bras P.-L., « Réorganiser les soins de premier recours, Les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats-Unis », Pratiques et organisation des soins, à paraître.
- (54) Patient-Centered Medical Home (PCMH) – National Committee for Quality Assurance (NCQA). Disponible sur : <https://www.ncqa.org/programs/health-care-providers-practices/patient-centered-medical-home-pcmh/>
- (55) Les Patient-Center Medical Home (PCMH) ne réduisent le recours aux urgences que pour les patients atteints de maladies chroniques – Le Webzine de la HAS. – 04-11-2014 Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1768092/fr/les-patient-center-medical-home-pcmh-ne-reduisent-le-recours-aux-urgences-que-pour-les-patients-atteints-de-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1768092/fr/les-patient-center-medical-home-pcmh-ne-reduisent-le-recours-aux-urgences-que-pour-les-patients-atteints-de-maladies-chroniques)

- (56) Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives – IRDES – Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>
- (57) Rapport d'information du Sénat – Session ordinaire de 2007-2008 n°14 – annexe au procès-verbal de la séance du 3 octobre 2017. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>
- (58) Article L6323-3 du Code de la Santé Publique – LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 – Légifrance – Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- (59) Définition maison de santé – FFMPs. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/presentation-msp/>
- (60) “CPTS, SISA, ACI”, la boîte à outils du médecin libéral – Fédération des Médecins de France. Disponible sur : <http://www.fmfpro.org/cpts-sisa-aci.html>
- (61) Stratégie nationale de santé 2018-2022. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_maison\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf)
- (62) Qu'est-ce qu'un centre de santé ? questions fréquentes – USMCS. Disponible sur : <http://www.lescentresdesante.com/patients-usagers/centre-de-sante-questions-frequentes/>
- (63) Source CPN/ACI mai 2018 – La fédération Française des Maisons de Pôles de santé (FFMPs). Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/>
- (64) Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé - Site de l'ARS. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>

- (65) Projet régional de Santé des Hauts de France – Site de l'ARS Hauts-de France.  
Disponible sur : [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-02/ARS\\_HDF\\_SRS\\_Version\\_Consultation.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-02/ARS_HDF_SRS_Version_Consultation.pdf)
- (66) Cahier des charges Maisons de Santé Pluriprofessionnelles – ARS Hauts-de France – Mars 2018 – Version 1. Disponible sur : [https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/adn/uploads/5adef33785a33\\_2018-03-12-cahier-des-charges-regional-des-msp-version-1-hautsdefrance.pdf](https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/adn/uploads/5adef33785a33_2018-03-12-cahier-des-charges-regional-des-msp-version-1-hautsdefrance.pdf)
- (67) Monter et faire vivre une maison de santé – Pierre De Hass – Edition Le Coudrier – Collection partage d'expériences - Edition 2015 – p101
- (68) Le Fonds d'investissement régional – Site de l'ARS. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-d'intervention-regional>
- (69) Plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) – ISNAR – IMG. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/apres-linternat/sinstaller/paps/>
- (70) C@rtosanté – Site de l'ARS. Disponible sur : <http://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
- (71) Monter et faire vivre une maison de santé – Pierre De Hass – Edition Le Coudrier – Collection partage d'expériences - Edition 2015 – p. 102
- (72) Matrice de maturité en soins primaires – HAS. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice\\_maturite.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_maturite.pdf)
- (73) Centre de ressources en soins primaires – Projet pilote HAS- Disponible sur : [http://data.over-blog-kiwi.com/0/77/14/04/20170319/ob\\_b458c1\\_has-centre-de-ressources.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/0/77/14/04/20170319/ob_b458c1_has-centre-de-ressources.pdf)

- (74) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- (75) Pacte Territoire Santé (PTS) – Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux dans les Hauts de France – ARS. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Brochure%20PTS%20ARS%20HDF.pdf>
- (76) Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires - Rapport d'information n°686 – Site du Sénat. Disponible sur : [http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-686\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-686_mono.html)
- (77) 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 – mis à jour le 20 juin 2017 – Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
- (78) Priorité n°3 du plan national d'accès aux soins – Favoriser une meilleure organisation des professions de santé. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-du-plan-gouvernemental-d-acces-territorial-aux-soins>
- (79) Ma santé 2022 un engagement collectif : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_synthese.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf)
- (80) L'ARS soutient les 81 maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) du territoire – 22 juin 2018 – ARS. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-soutient-les-81-maisons-de-sante-pluri-professionnelles-msp-du-territoire>
- (81) Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale 2017 – Résultats 2016 prévisions 2017 Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss-juillet2017.pdf>

- (82) Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins – 2 octobre 2018 – ARS.  
Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-lacces-territorial-aux-soins>
- (83) Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France – Revue d'économie régionale et urbaine.  
Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2015-4-page-657.htm>
- (84) Assurer le premier accès aux soins : Organiser les soins non programmés dans les territoires (rapport de Thomas Mesnier). Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_snp\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf)
- (85) Les parcours de soins enjeux et perspectives 2016 – LIR imaginons la santé –  
Disponible sur : [https://www.lir.asso.fr/images/content/Documents/Etudes/parcours\\_de\\_soins.pdf](https://www.lir.asso.fr/images/content/Documents/Etudes/parcours_de_soins.pdf)
- (86) Article REAGJIR – Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/presse/continuite-des-soins-et-permanence-des-soins/>
- (87) Renforcer l'accès territorial aux soins : priorité n°3 – Dossier de presse 13 octobre 2017. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces\\_aux\\_soins\\_dp\\_vdef\\_131017.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf)
- (88) Les coopérations entre professionnels de santé – Coordination des soins au bénéfice des patients – Dr Jacques LUCAS – 19 juin 2010. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport\\_Cooperations\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf)



- (89) « Portrait des professionnels de santé » édition 2016, visible dans l'article - Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-68613.html>
- (90) Consultations infirmières, maladies chroniques, maisons de santé - infirmiers.com - 16 avril 2015. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/recherche-en-soins-infirmiers/consultations-infirmieres-maladies-chroniques-maisons-de-sante.html>
- (91) HAS : parcours de soins – maladie chronique : « annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique » p.19. disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport\\_Cooperations\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf)
- (92) Création d'une maison des maladies chroniques de l'Ain – 24 janvier 2012 – Ministère des Solidarités et de la Santé. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/auvergne-rhone-alpes/article/creation-d-une-maison-des-maladies-chroniques-de-l-ain>
- (93) Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles - 20 avril 2017. Disponible sur : [http://www.specialitesmedicales.org/offres/doc\\_inline\\_src/666/ACI%2Bsigne%2B20%2Bavril%2B2017.pdf](http://www.specialitesmedicales.org/offres/doc_inline_src/666/ACI%2Bsigne%2B20%2Bavril%2B2017.pdf)
- (94) Place des offreurs de soins dans la prévention – rapport – collection Avis et Rapports – Haut Conseil de la Santé Publique - juillet 2018 – p.12
- (95) Rapport « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement ». Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000029.pdf>

- (96) LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » - Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&categorieLien=id>
- (97) Règles sur les SISA et sociétés, groupements et associations leur ayant préexisté - BOFIP. Disponible sur : <http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/6997-PGP.html>
- (98) Monter et faire vivre une maison de santé – Pierre De Hass – Edition Le Coudrier – Collection partage d'expériences - Edition 2015
- (99) Annexe. Professionnels de santé – HAS. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03\\_reco\\_delivrance\\_information\\_personne\\_etat\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf)
- (100) Monter et faire vivre une maison de santé – Pierre De Hass – Edition Le Coudrier – Collection partage d'expériences - Edition 2015 - page 122, tableau 5 : Aides financières mobilisables pour un projet de maison de santé
- (101) Lois et législations - Site FFMPs. Disponible sur : <https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lois-et-legislations/>
- (102) Rapport final « Modes de financement et de régulation » - Jean-Marc Aubert (Directeur de la DREES). Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_financement\\_et\\_regulation.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_financement_et_regulation.pdf)
- (103) Les modèles de rémunération : un regard international – L'assurance maladie. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01\\_Polton\\_Bousquet.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf)

- (104) Annexe 8 – Circuit de traitement des demandes de contractualisation – Ameli.  
Disponible sur :  
[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400399/document/annexe\\_8\\_circuit\\_examen\\_demande\\_de\\_contrat.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400399/document/annexe_8_circuit_examen_demande_de_contrat.pdf)
- (105) Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets –  
Coopération interprofessionnelle – Les cahiers de l’Ordre national des  
pharmaciens. Disponible sur :  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+thématique+10+-+La+coopération+interprofessionnelle.pdf>
- (106) L’interprofessionnalité, un réel atout pour l’exercice de votre métier de futur  
pharmacien – Le Moniteur des pharmacies. Disponible sur :  
[https://astera.coop/DNL/PUB/PUB104/L-interprofessionnalite\\_un\\_atout\\_web.pdf](https://astera.coop/DNL/PUB/PUB104/L-interprofessionnalite_un_atout_web.pdf)
- (107) Données centralisées par la Direction générale de l’offre de soins (DGOS), Esop  
(la revue des équipes de soins primaires), juin 2016, p.21
- (108) Thèse sur la place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé  
pluriprofessionnels : les attentes des médecins généralistes.  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01393228/document>
- (109) Etude Avenir Pharmacie - Etude réalisée par Satispharma et Opinion Way  
auprès de 4043 patients, 521 pharmaciens et 197 équipes officinales entre le 20  
janvier et le 17 février 2017. Disponible sur : <https://www.silvereco.fr/avenir-pharmacie-2017-une-etude-sur-la-pharmacie-de-demain/3176222>
- (110) Le pharmacien, premier interlocuteur santé public, d’après une étude –  
SilverEco – 5 avril 2018. Disponible sur : <https://www.silvereco.fr/le-pharmacien-premier-interlocuteur-sante-du-public-dapres-une-etude/3197276>

- (111) Le pharmacien & la coordination des soins – Observia – Morgane Freudiger (Responsable marketing d’Observia) Disponible sur : <https://observia-group.com/fr/actualites/publications/167-le-pharmacien-la-coordination-des-soins>
- (112) Les pharmaciens montent en puissance dans les maisons de santé pluridisciplinaires – Théragora – Stéphane Le Masson Disponible sur : <https://www.theragora.fr/acteurs-de-ma-sante/professionnels-de-sante/medecins/-les-pharmaciens-montent-en-puissance-dans-les-maisons-de-sante-pluridisciplinaires.html>
- (113) Le maintien à domicile pas à pas – Alice Monas – Le Pharmacien de France. Disponible sur : <http://www.lepharmaciendefrance.fr/article-print/maintien-domicile>
- (114) L’éducation thérapeutique – Ordre National des Pharmaciens – 25 mai 2018. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/L-education-therapeutique>
- (115) Le 20 juin marque l’entrée en vigueur des nouvelles activités des pharmaciens – Ordre des pharmaciens du Québec – Montréal 16 juin 2015. Disponible sur : <https://www.opq.org/fr-CA/presse/communiqués-de-presse/communiqués-2015/2015-06-16-le-20-juin-marque-l-entree-en-vigueur-des-nouvelles-activites-des-pharmaciens/>
- (116) Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription – Revue médicale suisse – 2012. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-341/Cercles-de-qualite-medecins-pharmaciens-pour-une-responsabilite-partagee-de-la-liberte-de-prescription>

- (117) Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens – Coopération interprofessionnelle – Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples. Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
- (118) Le statut de « pharmacien correspondant » refait surface dans le PLFSS 2019 – Les échos Etudes – 7 novembre 2018 par Hélène Charrondière. Disponible sur : <https://www.lesechos-etudes.fr/news/2018/11/07/le-statut-de-pharmacien-correspondant-refait-surface-dans-le-plfss-2019/>
- (119) PLFSS pour 2019 : le retour du pharmacien correspondant – Le moniteur des pharmacies – 29 octobre 2018 par Magali Clausener. Disponible sur : <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/plfss-pour-2019-le-retour-du-pharmacien-correspondant.html>
- (120) Guide de mise en place du partenariat EPHAD – pharmacien(s) d'officine 2016. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars44/2016/Guide-EHPAD-PO-2016-09-27.pdf>
- (121) Quel apport du numérique pour l'administration des médicaments ? Commission PA – 9 septembre 2015. Disponible sur : [http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/numerique\\_medicaments.pdf](http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/numerique_medicaments.pdf)
- (122) Les CTPS en 4 questions – URPS Pharmaciens. Disponible sur : <https://urpspharmaciens-centrevaldeloire.org/les-cpts-en-4-questions/?platform=hootsuite>

- (123) Equipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé – portail d’accompagnement des professionnels de santé. Disponible sur : <http://www.paps.sante.fr/Equipes-de-soins-primaires-et-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante.41832.0.html>
- (124) Bientôt de la télémédecine en pharmacie ? – La Pharmacie digitale. Disponible sur : <https://lapharmaciedigitale.com/telemedecine-en-pharmacie/>
- (125) Avenant n°15 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d’officine et l’assurance maladie. Disponible sur : [http://www.fspf.fr/sites/default/files/avenant\\_15\\_tlm\\_vsignee\\_06.12.18.pdf](http://www.fspf.fr/sites/default/files/avenant_15_tlm_vsignee_06.12.18.pdf)
- (126) Maisons de santé Pluriprofessionnelles – Mars 2018 Version 1 – ARS Direction de l’Offre de Soins. Disponible sur : [https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/adn/uploads/5adef33785a33\\_2018-03-12-cahier-des-charges-regional-des-msp-version-1-hautsdefrance.pdf](https://www.urps-pharmaciens-hdf.fr/adn/uploads/5adef33785a33_2018-03-12-cahier-des-charges-regional-des-msp-version-1-hautsdefrance.pdf)
- (127) Dossier Médical Partagé (DMP) : un outil clé pour la santé des patients – Ameli.fr pour les pharmaciens – 6 novembre 2018. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/lille-douai/pharmacien/actualites/dossier-medical-partage-dmp-un-outil-cle-pour-la-sante-des-patients>
- (128) Futurs assistants médicaux : les médecins généralistes posent leurs conditions – Franceinfo. Disponible sur : [https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/futurs-assistants-medicaux-les-medecins-generalistes-posent-leurs-conditions\\_3151083.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/politique-de-sante/futurs-assistants-medicaux-les-medecins-generalistes-posent-leurs-conditions_3151083.html)
- (129) Le Coordinateur de Santé – FEMAS Hauts de France. Disponible sur : <https://www.femas-hdf.fr/coordonateur-de-sante/>
- (130) Maisons de santé : le rôle du Coordinateur d’équipe – MACSF – Pascal OSVALD (Responsable du CIPS) – 22 juin 2016. Disponible sur : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Exercice-liberal/Creer-une-maison-de-sante/maison-de-sante-role-coordonateur-equipe>

- (131) Approches parcours et dynamiques d'intégration des services sur les territoires – EHESP - Disponible sur : <https://formation-continue.ehesp.fr/certificat/coordonateur-de-regroupements-pluri-professionnels-de-soins-primaires/>
- (132) Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants – Ministère des Solidarités et de la Santé – 30 octobre 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- (133) Assistant médical : « une infirmière répond à tous ces critères » selon la DGOS – infirmiers.com – 8 octobre 2018. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/assistant-medical-infirmiere-repond-tous-criteres-selon-dgos.html>
- (134) Officialisation de l'exercice infirmier en pratique avancée – infirmiers.com – 1er août 2018. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/officialisation-exercice-infirmier-en-pratique-avancee.html>
- (135) Décloisonner pour améliorer le parcours des soins : 10 exemples concrets – Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens. Disponible sur ; <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
- (136) Article L5125-3 du Code de la santé publique – Légifrance – Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690018&dateTexte=&categorieLien=cid>
- (137) Article L5125-4 du Code de la santé publique – Légifrance – Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690019&dateTexte=&categorieLien=cid>

- (138) Les Patient-Center Medical Home (PCMH) ne réduisent le recours aux urgences que pour les patients atteints de maladies chroniques – Dr Michel Varroud Vial – HAS – Le webzine de la HAS – Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1768092/fr/les-patient-center-medical-home-pcmh-ne-reduisent-le-recours-aux-urgences-que-pour-les-patients-atteints-de-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1768092/fr/les-patient-center-medical-home-pcmh-ne-reduisent-le-recours-aux-urgences-que-pour-les-patients-atteints-de-maladies-chroniques)
- (139) Transcription du discours sur la transformation du système de santé « prendre soin de chacun » du président de la république, Emmanuel Macron – 18 septembre 2018 – Elysée. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>
- (140) L'avenir de la pharmacie ne dépend que d'elle même – Xavie Pavie – 23-06-2015. Disponible sur : <https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/l-avenir-de-la-pharmacie-ne-depend-que-d-elle-meme-486261.html>
- (141) « Chapitre 2 quelles sont les difficultés ? » - Les coopérations entre professionnels de santé – coordination des soins au bénéfice des patients – Dr Jacques Lucas – Ordre national des médecins – 19 juin 2010. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport\\_Cooperations\\_professionnels\\_de\\_sante.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf)
- (142) Monter et faire vivre une maison de santé – Pierre De Hass – Edition Le Coudrier – Collection partage d'expériences - Edition 2015 – p101
- (143) Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes – Thèse pour le diplôme de docteur en médecine - Camille Delemarle (Université de Lille) – 25 octobre 2018. Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4ae6a5e5-1301-4992-b26b-a1f23e902bf7>



**Nom : CHIQUET**  
**Prénom : Pierre**

## **L'opportunité d'intégrer une SISA : le pharmacien au centre d'un exercice pluriprofessionnel**

**Mots-clés :** ACI, éducation thérapeutique du patient, exercice coordonné, Maisons et pôles de santé, SISA, nouveaux modes de rémunération (NMR), prévention, soins primaires

---

**Résumé :** Le vieillissement de la population, l'évolution de l'espérance de vie, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques et des inégalités territoriales de santé et d'accès aux soins nécessitent une transformation et une réorganisation du système de santé. La coopération pluriprofessionnelle occupe une place de choix dans la réforme du système de santé et constitue une opportunité pour restructurer les soins primaires. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) constituées sous forme de Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) permettent de décloisonner l'organisation des soins en multipliant les coopérations de proximité entre professionnels de santé, tout en permettant une rémunération pour les actions de coordination. Les pharmaciens dont le métier est en évolution constante sont de plus en plus nombreux à rejoindre ces structures, qui constituent une véritable opportunité et une chance à saisir.

---

### **Membres du jury :**

#### **Président :**

Dine Thierry, Professeur de Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie de Lille

#### **Assesseurs :**

GILLOT François, Expert Comptable et Maître de conférences, Faculté de Pharmacie de Lille

MORGENROTH Thomas, Maître de conférences en Droit et Economie Pharmaceutique, Faculté de Pharmacie de Lille

#### **Membre extérieur :**

BECQUET Jacques, Pharmacien titulaire d'officine, Liévin (62800)